This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

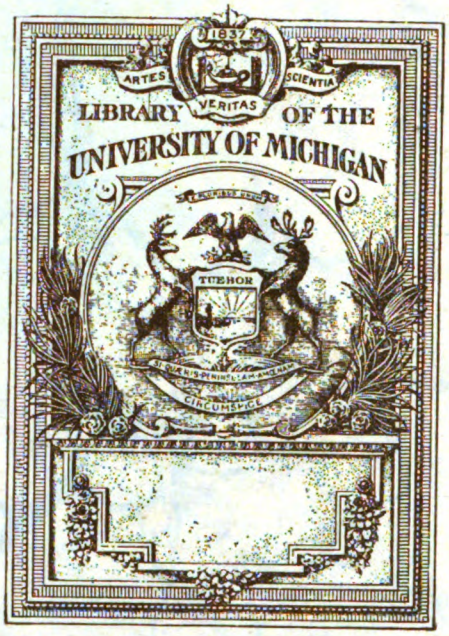
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 9015 00211 591 6
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google




Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

616.5
R46
G3
C6

Digitized by Google

Digitized by Google

REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

# JOURNAL DES PRATICIENS

ANNÉE 1897

Digitized by Google

PARIS. — IMPRIMERIE CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# REVUE GÉNÉRALE DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE

# JOURNAL DES PRATICIENS


DIRECTEUR : M. Henri HUCHARD

*Médecin de l'hôpital Necker*

*Membre de l'Académie de médecine*

**COMITÉ DE RÉDACTION**

MM. G. BALLET, BALZER, BARBIER, BARIÉ, BARTH, BÉCLÈRE, DE BEURMANN, BROCQ, DU CASTEL, COURTOIS-SUFFIT, CUFFER, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, GALLIARD, GAUCHER, DE GENNES, GINGEOT, GIRAUDEAU, HALLOPEAU, E. HIRTZ, JEANSELME, JOFFROY, JOSIAS, KLIPPEL, LABADIE-LAGRAVE, LANDRIEUX, LAUNOIS, LAVERAN, LE NOIR, G. LION, P. MARIE, CH. MAURIAC, MOIZARD, MOREL-LAVALLÉE, MOUTARD-MARTIN, A. RENAULT, RENDU, RENON, A. ROBIN, ROQUES, SEVESTRE, JULES SIMON, THIBIERGE, VAQUEZ, WURTZ; — ALBARRAN, ARROU, BEURNIER, CHEVALIER, P. DELBET, DEMOULIN, FAURE, GUINARD, LE DENTU, LEGUEU, LYOT, GÉRARD-MARCHANT, MAUCLAIRE, CH. MONOD, NÉLATON, PEYROT, PICQUÉ, POTHERAT, POZZI, QUENU, P. RECLUS, REYNIER, RICHELOT, RIEFFEL, ROUTIER, SCHWARTZ; — BAR, BOISSARD, DEMELIN, MAYGRIER, PORAK, TISSIER, médecins chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux.

MM. BAILLET, BANZET, BRISSEMORET, CARRONDE LA CARRIÈRE, CASTEX, A. COURTADE, D. COURTADE, DESNOS, DRUAULT, DURRIEUX, GILLET, MAGDELAINE, MARCIGUEY, MARCILLE, MENDEL, MÉRIGOT DE TREIGNY, NOGUÈS, PIATOT, PLICQUE, ROCHON-DUVIGNEAUD, F. TERRIEN, A. TERSON, TOURNIER, A. WEBER, anciens internes et internes des hôpitaux.

*Secrétaires de la rédaction* : MM. DEGUY, interne, et Dr FLŒRSHEIM, anc. int. des hôpitaux.

**Avec la Collaboration de :**

MM. DUCLOS, professeur honoraire de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Tours, membre correspondant de l'Académie de médecine;
BÉZY, chargé de cours de clinique infantile à la Faculté de Toulouse;
FIESSINGER (d'Oyonnax) et LIÉGEOIS (de Bainville), membres correspondants de l'Académie de médecine;
J. CAMESCASSE (de Saint-Arnoult); YOT, médecin légiste à Versailles; MARCHANDÉ, consultant à l'hôpital la Pitié pour la stomatologie.



ANNÉE 1897 — ONZIÈME ANNÉE

RÉDACTION ET ADMINISTRATION, 58, AVENUE DE SAXE (En face l'hôpital Necker)

ABONNEMENTS : Un an { France..... 12 fr. / Etranger (union postale).. 15 fr.

**Les abonnements partent du 1er Janvier.**


Digitized by Google

Digitized by Google

# A nos Lecteurs

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* **(Journal des Praticiens)** est surtout un journal d'actualité. Car, l'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours; elle est ce qui se fait tous les jours dans la pratique médicale.

Fidèles à notre programme de la première heure, nous persistons à croire qu'un journal *destiné aux praticiens* n'est pas un simple exposé de rapides informations, se bornant à reproduire presque télégraphiquement les nouvelles scientifiques dont l'importance et la réalité sont parfois discutables et ont toujours besoin de la sanction du temps et de l'expérience.

Nos lecteurs, chaque année plus nombreux, nous demandent d'abandonner moins que jamais la devise qui a présidé, il y a dix ans, à la fondation de notre journal : *De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.*

C'est pour y rester fidèle, c'est même pour accentuer encore le caractère pratique de notre publication, que le **Journal des Praticiens** a considérablement augmenté — comme on peut le voir à la première page de la couverture — le nombre des membres du Comité de rédaction qui se trouve aujourd'hui composé de 30 médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, et de 15 anciens chefs de clinique, anciens internes ou internes des hôpitaux de Paris. Leur collaboration *active* est assurée, sans exclure naturellement celle d'autres collègues ou confrères qui n'appartiennent pas au Comité de rédaction.

Notre publication comprend tous les éléments de la pratique journalière de l'exercice médical : médecine et chirurgie générales, obstétrique et gynécologie; maladies de l'enfance, affections mentales et du système nerveux; maladies spéciales des yeux, du larynx, des oreilles et des fosses nasales, des organes génito-urinaires, de la peau; hygiène et médecine légale.

Les *mementos de médecine pratique* réunissent, sous une forme concise, des articles d'actualité sur toutes les branches de la médecine. Une fois par mois, ils sont remplacés par un *memento de recherches scientifiques* destiné à faire connaître les principales et récentes acquisitions de la science (anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, bactériologie, médecine expérimentale), mais seulement celles qui ont un but pratique ou qui peuvent suggérer aux lecteurs des applications thérapeutiques. Car, une grande place, la plus grande certainement, est réservée dans nos colonnes, à la clinique et surtout à la **thérapeutique**, *la raison d'être et le seul but de la médecine* (1).

La Rédaction.

(1) Voir au verso de la couverture (page II) les primes à nos abonnés anciens ou nouveaux.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## L'Appendicite (1)

*Hôpital Necker.* — M. le Dr Routier.

Je vois que la dernière phrase de mon rapport vous a singulièrement émus, puisqu'elle a provoqué une vraie levée de boucliers; c'était, il est vrai, une véritable profession de foi. Je ne le regrette pas, et ne puis que me réjouir d'avoir ainsi mobilisé le ban et l'arrière-ban, c'est, dit-on, du choc des idées que vient la lumière, il faut espérer qu'elle éclatera.

Laissez-moi, cependant, me plaindre de ce qu'aucun d'entre vous n'ait donné son opinion sur un point que je considérais aussi comme capital, je veux dire l'étranglement de l'appendice dans la hernie.

Je vous répète que pour moi, à cause de l'absence totale des symptômes cliniques, je continue à croire que cet appendice n'était pas étranglé.

Mais, laissons-là cette observation, et passons à ce qui vous a tous plus particulièrement intéressés, à la pathogénie des appendicites.

Si j'ai bien compris, les orateurs qui m'ont fait l'honneur de discuter ce point de mon rapport, il me semble que la plupart ont paru, dans cette pathogénie, faire deux chapitres qu'on pourrait intituler :

Pathogénie de la maladie;

Pathogénie des accidents.

Je les suivrai dans cette division.

Pour beaucoup d'entre vous, l'appendicite est une maladie secondaire, qui suivrait le plus souvent des accidents intestinaux d'ordre divers, des entérites, des entérocolites, qui suivrait même des maladies semblant au premier abord avoir peu de rapports étroits avec elle : l'angine, la rougeole, la varicelle, les oreillons.

Je ne veux pas nier les faits observés par des collègues que je sais très bons observateurs; mais j'ai vu, je crois, à l'heure qu'il est, assez d'appendicites, et les ai toujours observées avec assez de soin, pour qu'il me soit permis d'avoir une opinion personnelle; or, je n'hésite pas à vous affirmer que, sauf dans les cas où l'appendicite vient à la suite d'une fièvre typhoïde, j'estime que c'est une maladie primitive, et à ceux qui disent qu'elle se développe au cours d'accidents intestinaux, je répondrais volontiers que ces accidents doivent être mis à l'actif de l'appendicite elle-même; c'est la lésion de l'appendice qui les cause, qui les entretient, je n'en veux pour preuve que la cessation de ces désordres intestinaux observée précisément après l'ablation de l'appendice malade.

Je tiens en effet à insister particulièrement sur ce point et crois très utile de ne pas laisser s'établir la légende que quelques-uns semblent vouloir répandre, à savoir, que les opérés d'appendicite sont encore des malades qui doivent être soumis à un régime, à un traitement.

(1) Communication à la Société de chirurgie (voir p. 15).

400349

Digitized by Google

J'affirme hautement après en avoir beaucoup vu et beaucoup suivi, que les malades opérés d'appendicite, et auxquels on a enlevé l'appendice, sont des sujets guéris et bien guéris.

J'aurai l'occasion d'y revenir, l'appendice est tout, le cœcum n'est pour rien dans la maladie.

En voici des exemples, car je ne veux rien affirmer sans preuves à l'appui.

Le premier cas que j'ai opéré à froid, il y a sept ans et dont je vous ai montré les pièces ici, cas qui fut vu par M. Bucquoy et le professeur Tillaux, était précisément de cet ordre.

Outre les quatre crises aiguës qu'avait eues cette enfant de douze ans, elle avait les fonctions intestinales les plus irrégulières, sentait toujours son ventre, et n'allait jamais à la selle sans éprouver, plus ou moins fort, comme une douleur syncopale qu'elle localisa bien lorsqu'on eut attiré son attention vers sa fosse iliaque droite.

Je vous rappelle que son appendice était plié en S, avait douze centimètres, adhérait à la terminaison du grêle, de telle sorte que je crus pouvoir, à cette époque, expliquer ces douleurs par la traction que cet appendice devait exercer sur l'intestin grêle quand le cœcum était plein ou se contractait.

Depuis son opération, cette enfant est devenue une belle jeune fille qui n'éprouve plus aucun de ces symptômes et qui se porte parfaitement bien.

Dans le même ordre d'idées, je vous citerai le cas d'un jeune confrère qui, toutes les fois que je le rencontre, me dit avec joie : « Depuis mon opération, je n'ai plus à m'occuper de mon ventre ».

D'après ce que j'ai pu observer, je vous le répète, il me paraît absolument certain que la plupart des troubles intestinaux sont sous la dépendance de l'appendicite; c'est là, à mes yeux, ce qui justifie d'autant mieux l'intervention chirurgicale. Les erreurs de diagnostic n'engagent que ceux qui les font.

Quant à ces accidents de rectite ou de colite pseudo-membraneuse dont on a parlé, je suis plus habitué à les rencontrer chez les nerveux que chez les malades atteints d'appendicite, c'est le cortège habituel des douleurs pelviennes chez les femmes qui ont peu ou pas de lésions utéro-ovariennes.

La fièvre typhoïde, au contraire, peut, par des lésions de voisinage, ou par des lésions folliculaires dans l'appendice lui-même provoquer l'appendicite, c'est incontestable.

J'en ai vu un seul cas qui se termina par un abcès que j'ouvris, je n'ai donc pas vu l'appendice; la jeune personne est guérie, depuis juin dernier, époque de son opération, elle n'a plus souffert de son ventre.

M. Reclus vient de nous citer le cas fort intéressant de sa malade qui se donne mécaniquement une violente inflammation de la muqueuse du gros intestin, et qui, après 15 jours de guérison, a une attaque d'appendicite.

Je veux bien, dans ce cas particulier, admettre la relation de cause à effet, je puis aussi bien l'expliquer par le gonflement inflammatoire propagé à la muqueuse de l'appendice qui, du coup, a été bouché ; mais je suis sûr que si sa malade avait dû garder le lit pour toute autre cause, pour une fracture, et qu'elle eût continué son régime alimentaire, d'autres lui diraient que ce sont les fermentations intestinales qui ont causé ce qu'il a pris et ce que je prends avec lui pour une crise d'appendicite.

Quelques-uns d'entre vous ont dit que l'abcès était un mode de guérison, c'est possible dans quelques cas, mais ces cas, je les crois moins nombreux qu'on ne le dit ; je ne saurais cependant établir de proportion exacte.

Un de mes jeunes compatriotes, que j'ai vu avec les Drs Ferrand et Marciguey, est un exemple bien net de ce que j'avance.

L'attaque d appendicite pour laquelle je fus appelé, se termina par un énorme abcès que j'ouvris, cet abcès remplissait tout le petit bassin, et par mon incision il sortit beaucoup de tissu cellulaire sphacélé ; mais une fistule persista, et six mois après, pour guérir cette fistule, j'allais, par une seconde opération, chercher l'appendice qui était perforé et contenait deux calculs stercoraux. Cet appendice fut très difficile à trouver.

Il y avait, en outre, près de la base de l'appendice, une perforation du cœcum que je suturai, je suis convaincu que cette perforation cœcale était secondaire, ce jeune homme est aujourd'hui parfaitement guéri.

Lui aussi avait des troubles intestinaux, c'était un très gros mangeur, très constipé, il ne s'occupe plus de son ventre.

Vous citerai-je encore un jeune garçon de 17 ans qui avait eu un abcès ouvert, puis cicatrisé, mais qui souffrait toujours; j'allai chercher son appendice par une seconde opération, quatre mois plus tard il était très malade dans une cavité fongueuse qui, avant peu sans doute, se serait réchauffée et aurait donné lieu à des accidents.

Dans les cas où il y a abcès, il faut bien le dire, l'appendice est souvent très endommagé, je l'ai vu séparé du cœcum, je l'ai vu plus tard réduit à un rudiment.

Il ne faudrait pas croire que ce rudiment d'appendice soit quantité négligeable, ce n'est pas la dimension de cet organe qui le rend dangereux, mais la façon dont il se comporte.

En voici un exemple frappant chez un jeune Saint-Cyrien, que j'opérai à froid, neuf ans après une crise aiguë qui s'était terminée par un abcès, sept mois après une seconde crise aiguë qui l'avait obligé de quitter l'école presque dès son entrée.

Ce jeune homme, après cette seconde crise, avait été soumis à un régime sévère, il fit deux saisons à Salies, mais au bout de sept mois, souffrant toujours de désordres intestinaux, sentant toujours une gêne dans son côté droit, il vint me trouver.

Digitized by Google

Je lui conseillai s'il voulait reprendre en sécurité la vie commune de se soumettre à l'opération, il y consentit.

J'eus beaucoup de peine à trouver le corps du délit, l'appendice était représenté par un bout de 1 centimètre inséré sur le cœcum, auquel faisait suite un filament fibreux, lequel conduisait sur un petit corps ressemblant à un ganglion qui fut reconnu pour être l'extrémité du cul-de-sac appendiculaire.

Il me paraît cependant probable que ce rudiment d'appendice jouait un certain rôle dans la pathogénie des troubles ressentis par ce jeune homme, cas depuis que je l'ai opéré, il a pu rentrer à Saint-Cyr, faire ses deux années, entrer dans la cavalerie, passer à Saumur, c'est-à-dire, se livrer à tous les exercices physiques les plus violents et tout cela, sans plus avoir à s'occuper de son ventre.

Dans d'autres cas, l'appendice est si bien caché qu'il est fort difficile de le trouver, mais j'affirme que toutes les fois qu'il y a appendicite, il y a un appendice.

Quand on opère à froid, on peut, on doit oser le chercher, et si on ose le chercher, on le trouve.

En juin 1895, je vous ai présenté ici un appendice appartenant à une jeune fille de vingt ans ; cet appendice était tout particulièrement long et gros, et contenait trois noyaux de feces durcies.

Or, quand j'eus pratiqué l'incision de l'abdomen, je ne trouvai pas cet appendice ; je mis hors du ventre l'angle ilio-cœcal tout entier, toujours pas d'appendice, tout était lisse et uni, le péritoine revêtait l'ilion et le cœcum sans faire un seul pli.

Heureusement, il y allait de mon honneur d'avoir cet appendice ; cette jeune fille, appartenant à une famille de nos amis, avait eu plusieurs attaques d'appendicite, deux notamment que j'avais connues : ce n'était que sur mes instances répétées et pressantes qu'on avait consenti à me la laisser opérer, je ne pouvais donc me représenter devant les parents qu'avec l'appendice de leur fille et avec son appendice malade.

Je dus, pour le trouver, je vous l'ai dit en vous le présentant, plisser entre mes doigts tout le pourtour du cœcum, et de cette façon, j'arrivai à sentir, non à voir, un cordon long et dur, beaucoup moins net qu'on ne pourrait le supposer quand on voyait ce gros appendice.

C'est le long de ce cordon que j'incisai le péritoine, mes aides, stupéfaits, croyaient que j'allais ouvrir le cœcum.

J'eus l'appendice, je le réséquai, et cette jeune fille est florissante de santé. On m'accordera que, si j'avais laissé l'appendice en place, elle serait encore malade.

A ceux d'entre vous qui ont voulu réhabiliter la vieille typhlite, malgré mon respect pour les choses anciennes, je dirai que je ne crois pas à son existence.

Toutes les fois que j'ai ouvert un ventre pour ce qu'on appelait une typhlite, j'ai pu montrer que le cœcum n'était pas malade, et que s'il l'était, c'était secondairement.

La fameuse tumeur en boudin, quand elle n'est pas due à un abcès, est factice, elle n'existe pas, elle est simulée par la contraction des muscles de l'abdomen. Je ne puis que répéter ce que j'ai dit si souvent, on ne peut jamais sentir l'appendice.

Je viens, ces jours-ci encore, pour mes nouveaux stagiaires, de prouver ce fait, une fois de plus, à propos d'une jeune femme que m'a envoyée mon collègue Rendu.

Cette malade avait la fameuse tumeur en boudin dans laquelle les grands cliniciens d'autrefois, qui n'ouvraient pas le ventre de leurs malades, reconnaissaient le cœcum gonflé, enflammé ou plein de matières.

Après avoir examiné cette malade et sa tumeur, j'ai cru pouvoir déclarer que cette tumeur était factice, due aux muscles contracturés.

Sous le chloroforme la tumeur a disparu, et j'ai pu faire constater avec moi, à ceux qui étaient présents, qu'il n'y avait pas l'ombre de lésion cœcale ni péricœcale, je leur ai montré le cœcum souple, de couleur et de consistance normales.

Bien mieux, l'appendice qui était libre du reste, était rétro-cœcal, bien caché par le coussin d'air intestinal et par conséquent bien inaccessibles à la palpation.

Mais cet appendice était couvert d'arborisations vasculaires, tendu, dur, comme en érection, et une fois réséqué j'ai pu voir qu'il contenait trois calculs petits, logés dans des nids de la muqueuse très congestionnée à son niveau.

Je viens d'avoir fort à point un cas magnifique pour démontrer une fois de plus que, même quaud il y a tumeur, celle-ci n'est pas due au cœcum et en est absolument distincte.

La malade dont il s'agit : jeune femme de vingt-cinq ans, a eu ses premiers accidents le 1er décembre 1896. Elle a eu tous les accidents qu'on désignait sous le nom de typhlite, y compris une belle tumeur en boudin, que non seulement on sentait à la palpation, mais encore qui éiait visible ; le ventre de cette malade était rendu asymétrique par la tuméfaction de sa fosse iliaque droite.

Je n'ai pas craint, au moment de l'opérer, de brûler mes vaisseaux en déclarant à mes élèves que certainement le cœcum n'était pas malade.

J'ai fait une incision sur la tumeur ; non sans difficulté je suis arrivé dans le ventre, là j'ai circonscrit cette tumeur que je vous apporte, qui ressemblait à l'intestin enflammé, elle a treize centimètres sur six, vous pourrez voir qu'elle est constituée par des exsudats épais de deux à quatre centimètres, circonscrivant une cavité était pleine de pus, où on voit des débris de l'appendice, et sur tout son côté interne l'insertion et l'épaississement de l'épiploon.

Pour affirmer la véracité de mes assertions, je ne me suis pas contenté d'ouvrir ce qui était en somme un abcès appendiculaire j'ai enlevé tout, lié l'appendice à son insertion au cœcum, lié et réséqué l'épiploon, et j'ai pu rentrer dans le ventre l'angle iléo-cœcal une fois les

Digitized by Google

adhérences détruites, et montrer que le cœcum n'était nullement cause de la maladie, pas plus que la paroi abdominale ou l'épiploon qui étaient adhérents.

Vous m'accorderez, j'espère, après toutes ces preuves accumulées, la permission d'affirmer une fois de plus qu'il n'existe pas de typhlite dans le sens qu'on attachait à cette dénomination.

Quant à la péritonite purulente dont nous a encore parlé M. Bazy, pourquoi ne serait-elle pas de cause appendiculaire ? Je le renvoie à l'observation que j'ai publiée où j'ai précisément observé une péritonite purulente analogue, bien causée par une appendicite, et cependant il n'y avait jamais eu qu'un point douloureux à gauche.

J'arrive enfin, messieurs, au point capital de la question, à la théorie de la cavité close, à la cause des accidents.

Mon ami Brun me semble avoir fait trop bon marché des expériences de M. Gervais de Rouville et de la médecine expérimentale en général, le moment me semble mal choisi, car depuis quelques années déjà, la médecine et la chirurgie ont singulièrement bénéficié des découvertes de laboratoire. Il sait que quand je parle de laboratoires, je ne suis pas suspect.

Ce n'est qu'après de longues recherches que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, je l'ai suivi pendant qu'il étudiait les pièces diverses d'appendicites, je lui en ai fourni un certain nombre, vous ne serez pas étonnés, malgré vos assertions, de me voir rester fidèle à sa théorie, c'est que je la crois juste.

Mais, quand M. Dieulafoy dit cavité close, il ne faudrait cependant pas lui faire dire ce qu'il n'a pas dit, qu'il n'y a plus de canal appendiculaire !

Les uns passent un stylet dans le canal et constatent ce fait en disant pas de cavité close. Les autres, M. Walther, par exemple, parlant des coupes en série faites par M. Siredey, constate que nulle part il n'y avait d'oblitération ; je vous dirai que je n'en suis pas étonné, après les préparations préliminaires obligatoires que nécessitent les coupes histologiques.

C'est sur le vivant, ne l'oublions pas, que se forme la cavité close, dans un petit canal, et il suffit du gonflement de la congestion de la muqueuse pour le produire.

Cette oblitération momentanée du fait de la congestion d'une muqueuse n'est cependant pas un fait rare dans l'organisme ; la trompe d'Eustache, le canal cholédoque, les fosses nasales dans le rhume, dit de cerveau, en sont autant d'exemples.

Dans l'appendice, la muqueuse gonfle et le transforme en cavité close ; fort heureusement, tous les cas n'arrivent pas à produire des accidents mortels.

Et c'est après une ou plus probablement plusieurs poussées que le canal devient définitivement plus étroit ou disparaît, c'est ce que mon ami Brun appelle un processus curatif, c'est ce que mon ami Jalaguier considère comme une prédisposition à de nouvelles crises, je les renvoie dos à dos.

Je ne puis vous rééditer tous les arguments fournis par M. Dieulafoy à l'appui de sa théorie, je n'en retiendrai qu'un qui est, ce me semble, topique : c'est celui de l'étude de la marche des microbes dans l'appendice atteint d'inflammation ; sur une planche, publiée à ce sujet, on voit très clairement qu'au niveau de la cavité close les microbes pullulent, colonisent dans la paroi qu'ils traversent en groupe pour gagner la séreuse ; plus rares au-dessus, il n'y en a plus un seul quand on remonte au-dessus de l'étranglement.

Enfin, voici un fait d'anatomie pathologique sur le vivant que je n'ai vu signaler par personne.

Depuis que M. Dieulafoy a formulé sa théorie, depuis que mon attention a été plus particulièrement attirée sur ce point, il est une expérience que je ne manque pas de faire, que je vous engage à répéter le cas échéant ; elle m'a toujours réussi. Quand j'enlève un appendice qui n'est ni gangréné, ni perforé, avant de pratiquer la ligature au ras du cœcum, je prends cet appendice entre mes doigts, et je le comprime comme pour essayer d'en exprimer le contenu dans le cœcum. Jamais je n'ai pu vider le contenu de l'appendice ; il reste dur, tendu, rigide, comme en érection.

Après ligature, je le résèque, et alors, tantôt il offre un canal béant, tantôt au contraire la lumière de ce canal est invisible. Mais en le sectionnant, toujours on trouve ou un hématome, ou du pus, ou de la matière fécale encore liquide, ou des calculs.

N'est-on pas autorisé à dire qu'il y avait cavité close ?

Quant à l'appendicite familiale, nous avons en assez grand nombre porté ici plus d'exemples qu'il n'en faudrait pour prouver son existence : point n'est besoin d'invoquer des malformations congénitales ou héréditaires ; aucun de nous n'y a fait allusion, nous avons cité des faits, qui ne sont pas plus remarquables ni plus étonnants que l'hérédité des calculs biliaires ou rénaux.

Malgré le grand nombre de contradicteurs qui ont ici pris la parole, je me vois obligé de dire que leurs arguments n'ont pas été de nature à me convaincre.

Je ne parlerai pas de la typhlite, je crois en avoir fait justice.

J'espère que cette longue discussion sur la pathogénie de l'appendicite ne sera pas l'occasion d'un pas en arrière, d'un retour aux errements funestes d'autrefois, que malgré une note discordante que je regrette entre toutes, les médecins resteront bien convaincus de l'importance de l'appendice dans la pathogénie des accidents, et du grand danger que fait courir à leurs malades l'emploi des purgatifs.

Je vous ai dit, avec preuves à l'appui, ce que je pensais de la théorie qui fait de l'appendicite une maladie secondaire.

Je ne comprends pas très bien les distinctions apportées par quelques-uns d'entre vous, suivant qu'il s'agit d'une première crise ou des crises ultérieures.

Digitized by Google

La théorie basée sur l'âge et la régression tombe devant des faits, j'ai, et vous avez tous, des cas nombreux d'appendicite chez l'adulte et même le vieillard.

A ceux d'entre vous qui parlent de rétention, de stagnation, je dirai qu'ils brûlent, ils n'ont plus qu'un petit pas à faire pour être avec nous.

En résumé, pour moi, personne n'a porté ici, basée sur des faits cliniques ou sur des expériences, une théorie de l'appendicite qui satisfasse mon esprit et explique les accidents comme la théorie de la cavité close.

# ÉTUDE CLINIQUE

## L'alcoolisme et le monopole de l'alcool

Par le Dr Jean Camescasse, de Saint-Arnoult (Seine-et-Oise)
*Ancien interne des hôpitaux de Paris*

Donc tous, simples philanthropes ou patriotes ardents, théoriciens de l'hygiène ou praticiens de la médecine, sont d'accord sur ce point : « *de tous les fléaux contemporains, le plus terrible pour l'espèce humaine, c'est l'alcoolisme.* »

Il paraît qu'en des pays plus ou moins éloignés une grande nation, voisine de la France, ayant remplacé le flambeau de la civilisation par maintes et maintes bouteilles d'alcool d'origine et de qualité douteuses, non douteuses, veux-je dire, a obtenu ce singulier résultat que les sauvages indigènes à civiliser ont complètement disparu.

Les Français, plus droits mais moins habiles, trouvent plus simple de s'alcooliser eux-mêmes et, de ce fait, sont en train de disparaître d'entre les nations.

Ils n'ont pas assez d'enfants ; on accuse Malthus ! mais le peu qui en est fait est mal fait ; de cette malfaçon l'alcool est la cause ! Les preuves abondent : mort-nés par suite de l'alcoolisme de la mère ; idiots, épileptiques, aliénés, dégénérés par suite de l'alcoolisme du père (et de la mère) ; enfants atrophiés, conscrits malingres par suite de leur propre alcoolisation précoce ; adultes tarés quant à leur estomac, quant à leur foie, quant à leur fécondité, quant à leur système nerveux surtout, suivant la qualité de ce qu'ils boivent, suivant la quantité aussi. — Parfois enfin, mais rarement, la mort brusque par alcoolisme aigu (1).

Voilà les renseignements qui nous viennent de la clinique.

La physiologie est intervenue ; de ses laboratoires nous tenons des connaissances précises. Nous savons par Laborde et Magnan que la qualité de l'alcool ingéré présente une singulière importance quant *à la nature* des accidents *immédiats*. L'alcool de vin grise, l'alcool de betteraves plonge dans le coma, l'alcool de maïs ajoute des convulsions. Mais si les trois produits sont convenablement rectifiés et transformés ainsi en alcool éthylique, fonds commun, par la disjonction des impuretés, ils deviennent sensiblement égaux au point de vue de la nocivité. Laborde et Magnan vont plus loin et dans ces impuretés ils retrouvent et isolent le produit qui à l'ivresse ajoutait, ici, le coma et l'épilepsie, là, le coma seulement.

Rabuteau, Dujardin-Baumetz et Audigé (1), Joffroy et Serveaux procèdent d'une façon différente. Ils recherchent la quantité qui tue : d'alcool éthylique il faut 7 gr. 75 pour tuer 1 kilogramme d'animal, des alcools supérieurs 1 gr. 50, d'aldéhyde 1 gramme, de furfurol 14 centigrammes.

Nous savons ainsi très exactement et la nature du mal produit *immédiatement* et les conditions dans lesquelles le résultat est la mort *immédiate*.

Voilà tout (2) ce que nous savons de par la physiologie, de par le laboratoire ! Cette assertion n'est pas de moi : je lis, en effet, dans le récent dictionnaire de physiologie ceci : « *l'intoxication aiguë* par l'alcool est la seule qui ait été bien étudiée expérimentalement » (1er vol., p. 238).

Or, le côté dangereux de l'alcoolisme contemporain n'est pas du tout L'INTOXICATION AIGUE. La MORT IMMEDIATE d'un imbécile qui a bu un litre d'eau-de-vie d'un seul coup, est un événement pénible, très pénible même, *mais n'est nullement un danger social.*

Aussi s'est-il produit un mécompte quand on a voulu souder trop exactement les enseignements de la clinique (maladies chroniques et dégénérescence de la race), aux enseignements du laboratoire (coma, épilepsie, mort) pour, de l'ensemble, faire un bloc effrayant propre à servir d'arme contre le fléau.

Il est résulté, de cette jonction doctrinale artificielle, une disjonction grave parmi les adversaires les plus résolus de l'alcoolisme, à l'heure même où il leur faut prendre position auprès des pouvoirs publics dans la question posée, à tort ou à raison, mais posée tout de même, du *monopole* de l'alcool.

Avant d'aller plus loin, je dois définir ledit *monopole : le moyen le plus sûr d'obtenir la rectification parfaite des alcools quelle qu'en soit l'origine*; peut-être aussi pour l'avenir le moyen le plus commode de surtaxer l'alcool à volonté.

Corrollaire obligé : interdiction absolue d'ajouter à l'alcool rectifié toute substance toxique quelconque, telle que furfurol, aldéhyde salicylique, essence d'absinthe, etc., etc. En l'absence de ce corollaire, les adversaires du

(1) J'avais d'abord l'intention de fournir des références. Je suis trop mal outillé pour pouvoir, en cette matière, faire, comme il conviendrait, la part de chacun : premier obstacle. Second obstacle : la bibliographie du seul côté clinique de la question tiendrait plusieurs pages.

(1) Dujardin-Baumetz et Audigé : *Recherches expérimentales sur les alcools par fermentation.* Paris, 1875.
Joffroy et Serveaux : Joffroy : *Gaz. hebdom.*, 1896, n° 94, *Gaz. des hôpit.* 1896, n° 140.

(1) Il n'est pas vrai, d'ailleurs, que ce soit là tout. Féré, à la Société de Biologie, notamment en 1895, a montré comment l'alcool, les alcools produisent des monstres.

Digitized by Google

monopole auraient trop beau jeu; j'entends les hygiénistes, des financiers il ne me chault.

Ceci dit, j'en reviens au résultat déplorable du rapprochement trop étroit des données expérimentales et des données médicales en matière d'alcoolisme, pour montrer que ce résultat déplorable existe : discorde dans le camp des assaillants.

Cette discorde m'a vivement frappé alors qu'après avoir entendu la brillante conférence du prof. Laborde (1) à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, il m'a été donné de lire les leçons (déjà citées) du prof. Joffroy à Sainte-Anne.

La physiologie expérimentale, base de l'argumentation dans les deux cas, paraît donner des résultats propres à soutenir deux thèses bien différentes.

A la Société d'Hygiène, la conclusion est : « Sus aux impuretés et vive le monopole. »

A Sainte-Anne, il est dit : « En résumé, il faut bien « savoir que l'*eau-de-vie est surtout formée d'alcool éthy-* « *lique*, c'est ce que semblent avoir oublié ceux qui se sont « occupés de la question. A les entendre, *on croirait que* « *l'alcool éthylique n'est pas toxique* et on croirait que *les* « *impuretés contenues* dans un litre d'alcool mal distillé « ont un *pouvoir nuisible bien plus grand qu'il n'est en* « *réalité* » (2).

« Or l'*alcool éthylique est toxique*, c'est lui qui forme les « 99/100 du total des alcools contenus dans un litre d'eau- « de-vie de table, et c'est lui qui se trouve être *la cause* « *principale de la toxicité de l'eau-de-vie* (3).

« C'est donc la *quantité* d'alcool que l'on consomme à « *un degré élevé*, qui est la cause principale des progrès de « l'alcoolisme, et *c'est là qu'il faut frapper...* »

Dans cette leçon et dans une autre plus récente (4) la conclusion est « sus à l'alcool » et « le monopole est inutile ».

Des deux côtés, il n'est pas inutile de le constater en passant, les bouilleurs de crû sont sacrifiés. Par le prof. Laborde en raison de la mauvaise qualité de leurs produits; par le prof. Joffroy pour des raisons plus générales, mais absolument irréfutables dont je ne citerai qu'une pour ne pas m'étendre outre mesure : permettre à chaque famille de cultivateurs, capable de récolter des fruits quelconques, de consommer de l'eau-de-vie à six sous le litre (prix de l'alcool hors l'impôt), c'est accorder une véritable prime à l'alcoolisme familial.

Quant à moi (mon opinion ne vaut en l'espèce que pour un, mais elle vaut pour un) j'adopte les raisons de l'un et de l'autre et j'écris à mon député : « Supprimez le privilège des bouilleurs de crû. » Au fonds, je pense que ce ne sera là, en réalité, qu'une gêne de plus apportée à la consommation *des* alcools et, de tout bois, je fais flèche.

J'en reviens AU MONOPOLE et AUX IMPURETÉS. Celles-ci étant la raison d'être de celui-là et je dis ;

C'est mal mesurer la *nocivité réelle* des alcools et de leurs impuretés que prendre pour éléments de comparaison leurs effets immédiats; que l'on considère lesdits effets quant à leur forme (ivresse, coma, épilepsie) ou bien quant à leur intensité (toxicité de l'alcool éthylique = 7 —, — toxicité du furfurol = 0,14).

C'est mal mesurer parce que la *nocivité réelle* est d'ORDRE CHRONIQUE, tandis que les effets toxiques étudiés sont de NATURE AIGUË.

Je donne *plusieurs jours de suite*, en fractionnant les doses, six ou huit grammes de salicylate de soude ; dose énorme, presque immédiatement toxique, et je n'ai pas d'accidents sérieux si mon malade pisse bien. Je donne *une seule journée* un milligramme de digitaline et je ne recommence pas de huit jours.

J'agis ainsi parce que je sais, d'une part, que le salicylate de soude est éliminé aussitôt que pris, tandis que je sais, d'autre part, que la digitaline restera plusieurs jours dans l'organisme.

Or, il en est de même quond on compare l'alcool éthylique, miscible à l'eau en toutes proportions, d'une part, et, d'autre part, les impuretés toutes plus ou moins insolubles.

Jusqu'à une certaine dose l'alcool éthylique absorbé est éliminé en quelques heures ; tandis que des expériences de Laborde comme de Joffroy il résulte que la durée des accidents croît avec le taux des impuretés : 42 heures au lieu de 24 heures (1), dans une expérience de Joffroy portant sur les alcools de queue (produits lourds).

J'avais tort d'ailleurs de limiter comme je l'ai fait plus haut les renseignements fournis par le laboratoire aux seuls accidents immédiats. Je trouve en effet dans le dictionnaire de physiologie (2) à propos de la difference de toxicité des différents alcools la note suivante : « Il y a là « un fait remarquable sur lequel, semble-t-il, on n'a pas « assez insisté, c'est que, toutes conditions égales d'ail- « leurs au point de vue des réactions chimiques géné- « rales, la *durée des effets* d'une substance est en raison « inverse de sa *volatilité*. »

Et plus loin : « La *toxicité est d'autant plus grande* que la substance considérée est *moins soluble dans l'eau*. »

Charles Richet expose ainsi successivement une modification dans la durée et une modification dans la quotité des accidents, sans lier autrement ces deux points de vue différents.

(1) *Société d'Hygiène*, octobre 1896.

(2) *Gaz. hebd.*, 1896, n° 94, page 1,119. — Les parties soulignées ici ne le sont pas dans le texte.

(3) Les 99/100e de l'alcool en quantité-poids. En quantité-toxicité les 64/65e pour le cognac, les 64/68e pour le marc de Bourgogne : soit 98/100e et 97/100e. Chiffres pris dans la leçon même. *Gaz. hebd.*, 1896, n° 94, page 1,117.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1896, n° 140, pages 1,865 et *seq.*

(1) CHARLES RICHET : Dictionn., t. I, p. 246.

(2) JOFFROY : *Loc. cit.*, p. 1370. — Il s'agit ici des alcools impurs de queue (produits lourds), et non des alcools impurs de tête (produits volatiles qui semblent être éliminés assez rapidement.)

Digitized by Google

Et l'expérience de Joffroy rapportée plus haut peut être indifféremment appliquée à la démonstration de l'une et l'autre assertion.

Concluant dès lors par comparaison, me sera-t-il permis d'avancer cette hypothèse que *dans l'alcoolisme chronique le rôle des impuretés est bien plus considérable que dans l'alcoolisme aigu, en raison de l'accumulation probable desdites impuretés qui sont à la fois moins volatiles et moins solubles*, de telle sorte qu'elles regagnent par la durée de leur action ce qu'elles peuvent perdre en nocivité quand on ne considère que les accidents aigus, dans lesquels la question de dose intervient seule? Mais ce n'est, physiologiquement, qu'une hypothèse.

Ou bien en concluerai-je que *la physiologie ne nous renseigne pas* sur les variations des *accidents chroniques* dus à l'alcoolisme.

Je passe donc au côté clinique qui différera peut-être. J'emprunterai le préambule de ce nouveau chapitre à un un autre physiologiste : (1)

« *Les buveurs d'alcool éthylique pur ou d'eau-de-vie de* « *vin sont aussi rares que l'existence de ces produits dans* « *le commerce*; de sorte que ce qu'on décrit d'ordlnaire « sous le nom d'alcoolisme chronique n'est qu'une foule « de désordres dans lesquels l'action de l'alcool domine « sans doute, mais qui appartiennent surtout à la catégorie des empoisonnemsnts mixtes. »

Cette indication mérite d'être rapprochée de l'ensemble de l'enseignement de Lancereaux : « Les désordres du « foie et de l'estomac (au cours de l'œnilisme) sont beaucoup plus communs à Paris que partout ailleurs, à cause « sans doute des falsifications subies par la boisson »... (2)

« Le tableau que nous donnons des phénomènes produits par l'abus des eaux-de-vie est tracé d'après des « faits observés à une époque où la rectification était loin « d'être parfaite? (3) (4)

Il est donc, dès maintenant, permis d'affirmer que, sous le nom générique d'alcoolisme, nous connaissons des accidents dus à l'usage du vin frelaté, à l'usage de l'alcool éthylique additionné d'impuretés de toutes sortes, mais que nous ignorons *à peu près* complètement ce qui arriverait à un buveur d'alcool éthylique pur concentré (eau-de-vie de vin) ou dilué (vin naturel), hormis bien entendu les accidents aigus.

Nous ignorons à peu près... car des patientes recherches de Lancereaux, résumées au lieu indiqué, il est permis de tirer des renseignements très curieux en comparant tout simplement les éléments qu'il a longuement et patiemment dissociés.

A. Le vin, frelaté ou vin de Paris, pris en excès, détruit l'estomac et le foie : ŒNILISME.

B. Les eaux-de-vie, et liqueurs sans essences, touchent moins l'appareil digestif, mais détruisent le système nerveux : analgésie en botte, insomnie, délire subaigu, agénésie : ALCOOLISME.

C. L'absinthe et ses similaires accusent leur action, également localisée sur le système nerveux, par des signes singulièrement différents : exaltation des réflexes, hyperalgésie, paralysie symétrique des extrémités, délires, agénésie : (1) ABSINTHISME.

En se transportant dans la pratique, il est permis d'affirmer cependant qu'un buveur d'absinthe n'absorbe pas plus d'alcool éthylique qu'un buveur d'eau-de-vie, et que, par conséquent, les différences relevées dans *la nature et la gravité* des accidents sont liées à la qualité ou à la proportion *des éléments autres* que ledit alcool éthylique : PREMIER POINT.

Il faut noter encore que le buveur d'absinthe en particulier n'absorbe cette quantité d'alcool éthylique (supposée égale à celle qu'utilise un buveur d'eau-de-vie) qu'additionnée d'une assez grande quantité d'eau. Ce SECOND POINT a une grande importance, puisqu'il permet, dans une certaine mesure, de ne pas attribuer à la seule dilution la différence des dangers courus par l'homme qui boit chaque jour trois litres de vin (soit 300 cc. d'alcool éthylique) et par celui qui boit une bouteille d'eau-de-vie (soit 300 cc. d'alcool éthylique).

Si frelaté que soit le vin de Paris (2), il ne contient pas en effet les furfurol, fusel, aldéhydes, etc., qui font le danger, et le bouquet des eaux-de-vie, cognacs, rhums, kirsch, etc. Il contient autre chose, un principe nocif différent (sels de potasse par exemple) qui détruira le foie au passage, mais qui n'atteindra pas le système nerveux : TROISIÈME POINT.

De par la clinique, donc, et aussi de par la physiologie nous connaissions des *alcoolismes aigus* qui diffèrent singulièrement les uns des autres en raison de la nature des produits ingérés ou injectés. — De par la clinique seulement nous connaissons des *alcoolismes chroniques* très divers eux aussi; et de plus nous savons, pour trois formes au moins, remonter du tableau clinique, de l'espèce nosologique à la cause : A. vins, frelatés il est vrai, mais ce n'est qu'une détermination de plus; B. eaux-de-vie; C. absinthe et liqueurs à essence.

Et nous pouvons pratiquement vérifier que ce n'est pas la quantité totale d'alcool éthylique qui diffère : un buveur

(1) RAPHAEL DUBOIS : Dictionnaire de physiologie, t. I, p. 240.
(2) LANCEREAUX : Alcoolisme. *Traité de médecine* de Brouardel, t. III, p. 206.
(3) LANCEREAUX : Œnilisme. *Traité de médecine* de Brouardel, t. III, p. 220.
(4) Dans la conférence précitée (Société d'hygiène, oct. 1896), LABORDE nous a démontré que la rectification actuelle bien plus parfaite est corrigée par l'addition ultérieure... d'impuretés en quantité au moins égale à ce qu'on a enlevé d'abord. Voir plus haut le corollaire obligé du monopole.

(1) Le tableau symptomatique est très réduit ici pour ne pas trop embrouiller la question.
(2) Il ne faut pas comprendre dans le vin ce qu'on appelle du vin blanc doux : Le vin blanc doux est tout ce qu'on voudra excepté du vin.

Digitized by Google

d'absinthe à 10 vertes par jour absorbe moins d'alcool qu'un buveur d'eau-de-vie à une bouteille par jour ; il boit plus d'eau, il est plus malade cependant. Nous avons déjà comparé le buveur d'eau-de-vie et le buveur de vin : ici. celui qui boit plus d'eau est moins malade à quantité d'alcool égale.

La conclusion s'impose donc d'elle-même : les matières toxiques ajoutées à l'alcool éthylique, puisqu'elles sont capables de faire varier la nature des accidents d'une façon aussi sensible, doivent être surtout incriminées de ce que nous connaissons aujourd'hui.

Si demain, quand le monopole aura réduit nos ivrognes à consommer le fade alcool éthylique à l'état de pureté, nous venions à connaître enfin l'*éthylisme chronique*, tout ne serait pas perdu pour cela.

Car il m'est sans doute permis d'ajouter ici qu'en demandant, qu'en appuyant plutôt l'idée, du monopole, les hygiénistes ne signent pas un marché avec les législateurs. Nous ne nous engageons nullement à nous en tenir là.

Avec le corps de santé de la marine nous demanderons qu'on supprime la distribution officielle de *Taf.*; avec le corps de santé de l'armée nous demanderons que les cantines soient officiellement et réellement privées de leurs provisions d'eaux de-vie, liqueurs, apéritifs, etc.

Et tant d'autres choses !

## Formulaire du Praticien

### Comment pratique-t-on la greffe osseuse?

La greffe osseuse a pour but de combler les pertes de substance des os et de les remplacer par des fragments soit d'os vivants, soit d'os morts décalcifiés. On en trouve les indications plus particulièrement dans les ostéomyélites ; mais elle est utile également à la suite des destructions osseuses consécutives à la tuberculose, aux tumeurs malignes, dans les cas de résections ayant déterminé un vide plus ou moins considérable du squelette, enfin lorsqu'après avivement des extrémités d'une pseudarthrose, le chirurgien se propose d'en obtenir la réunion à l'aide d'une cheville implantée dans les extrémités réséquées.

La *greffe d'os vivants* aurait été faite, d'après Buscarlet, dès 1670, par un chirurgien dont le nom est resté inconnu; en réalité, c'est sous l'impulsion des magnifiques travaux d'Ollier, de Mac-Ewen, de Ponat, etc., qu'elle s'est définitivement imposée comme procédé opératoire.

On pourrait croire, qu'à la suite d'une implantation d'os vivants, celui-ci continue à vivre et sert de centre d'ossification. Il n'en est rien, qu'il s'agisse de greffe d'os vivants ou d'os morts décalcifiés, l'os implanté finit toujours — après un temps assez long — par se résorber. Son rôle est de servir de corps étranger irritant pour le périoste du voisinage, dont il réveille l'activité ossifiante, et de constituer un soutien provisoire pour les prolongements osseux qui naissent autour de lui et le pénètrent même. La résorption dure en général plusieurs mois, et la soudure, fibreuse primitivement, ne s'ossifie que tardivement.

*Pour pratiquer la greffe d'os vivants*, on prendra de préférence, suivant le conseil d'Ollier, une lamelle de la crête du tibia du patient, d'une longueur de dix à quinze centimètres. La lamelle peut être empruntée également à un autre sujet, jeune, sans tuberculose, ni syphilis; au squelette de nouveau-nés; à un membre récemment amputé; enfin on peut recourir à des os frais de jeunes animaux. L'os, raclé pour en détacher les parties musculaires, ligamenteuses, tendineuses et le périoste, sera conservé dans une solution antiseptique, sublimé de préférence jusqu'au moment de s'en servir.

Avant de pratiquer l'implantation dans la perte de substance, on pratiquera, par une ligature préalable en masse avec la bande d'Esmarch, l'hémostase du membre et on aseptisera très complètement la cavité osseuse. On introduira alors un fragment ou plusieurs dans cette dernière suivant son importance. La peau est réunie par dessus la greffe ; un petit drain assurera l'écoulement du liquide sanguinolent des premiers jours.

*Pour pratiquer la greffe d'os morts décalcifiés*, il faut avoir recours de préférence à des os à tissu compact abondant, comme le fémur et le tibia du bœuf. On les divise en petits fragments; on les plonge pendant huit jours, pour les décalcifier, dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 pour 100, qu'on renouvelle chaque jour. Au bout de ce temps, l'os, décalcifié, ramolli se laisse tailler facilement; on le lave à l'eau stérilisée, et après l'avoir maintenu deux jours dans du sublimé à 2 pour 100, on le conserve, jusqu'au moment de s'en servir dans une solution saturée d'éther iodoformé.

L'implantation de cet os décalcifié se fait comme précédemment; il faut avoir soin lorsque plusieurs fragments osseux sont nécessaires, ce qui est la généralité des cas, de les tasser très fortement les uns contre les autres pour multiplier les frottements et faciliter leur pénétration. On suture de la même façon la peau par-dessus la cavité osseuse et l'on draine. Le drain n'a pas seulement pour but d'assurer l'écoulement séro-sanguinolent, mais encore de permettre, en cas de suppuraiion, aux fragments de s éliminer. Dans ce cas, une nouvelle greffe est nécessaire.

La préférence, au point de vue théorique, doit être accordée à la greffe d'os vivants. Elle paraît, en effet, réussir plus fréquemment. Cependant, au point de vue pratique, on peut se contenter d'avoir recours à la greffe d'os morts décalcifiés, qui compte une somme à peu près équivalente de succès, d'autant plus qu'on peut se procurer plus facilement des os décalcifiés et qu'on les rend plus sûrement aseptiques. — L. Flœrsheim.

**Contre la bronchite.** — (Maragliano) :

| | |
|---|---|
| Acide benzoïque ..... ... | 0,3 décigr. |
| Tanin..... | 6,15 centigr. |

Pour un cachet, quatre par jour.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**La benzo-iodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium.** — La benzo-iodhydrine est un corps solide, gras, cristallisé, d'odeur éthérée, soluble dans l'éther, le chloroforme et l'alcool. Elle se prépare au moyen de l'iodure de benzoyle et de l'épichlorhydrine, elle contient de l'iode, du chlore et de l'acide benzoïque, est peu stable et se décompose par la chaleur avec dégagement d'iode. Le meilleur mode d'administration est la benzo-iodhydrine granulée, ainsi composée : benzo-iodhydrine dissoute dans l'éther à 65· 32 gr. 5, sucre semoulé 1 kilogr. On laisse évaporer et sécher à la température ordinaire. La cuillerée à café contient 0,13 de benzo-iodhydrine soit : 0,05 d'iode métallique, 0,05 d'acide benzoïque, 0,014 de chlore, et correspond comme effet à 1 gramme d'iodure de potassium.

M. Barth a employé dans son service la benzo-iodhydrine et les résultats qu'il en a obtenus sont consignés dans la thèse d'un de ses élèves Chenal (*Th. Paris*, 1896). La benzo-iodhydrine, chez les malades en observation, n'a jamais produit aucune manifestation d'iodisme ; ne contenant pas de potassium, elle n'a pas sur la pression sanguine la même influence, et ne produit pas de congestion. L'acide benzoïque agit sur la production d'acide urique et empêche sa formation exagérée qui caractérise les affections fébriles et provoque l'irritation des reins accompagnée d'accidents urémiques dans toutes les maladies infectieuses. Toutefois, la benzo-iodhydrine ne saurait remplacer l'iodure dans le traitement de la syphilis. La benzo-iodhydrine paraît indiquée toutes les fois que la nutrition du myocarde sera en souffrance, en favorisant un apport de sang plus considérable Dans la dilatation atonique du ventricule gauche et le cœur forcé par le surmenage, ce médicament permet d'obtenir une diminution d'effort pour l'organe atteint. Enfin, dans les arythmies de la vieillesse qui se relient à des dégénérescences du myocarde, et dans la sclérose coronaire l'action de la benzo-iodhydrine se manifestera encore d'une façon favorable Tous les troubles qui relèvent de l'hypertension artérielle, de l'artério-sclérose, de l athérome, sont justiciables de l'emploi de la benzo-iodhydrine. Dans certaines affections pulmonaires, ce médicament, en agissant comme vaso-dilatateur, est susceptible de produire de bons effets ; mais la maladie dans laquelle il paraît réussir le mieux, c'est l'asthme. Quand l'accès d'asthme est dans son cours, la benzo-iodhydrine facilitant l'expulsion du mucus qui s'est desséché sur les parois bronchiques permet à l'air de rentrer plus facilement dans les poumons, la respiration devient plus libre, les râles cessent d'être sibilants pour devenir muqueux. Dans les bronchites chroniques, la benzo-iodhydrine réussit aussi bien que l'iodure de potassium.

Diverses autres affections peuvent être aussi combattues par la benzo-iodhydrine à cause de ses propriétés antiseptiques ; c'est ainsi qu'elle arrête les fermentations stomacales et favorise les fonctions digestives. Il est probable aussi que la benzo-iodhydrine rendra des services dans la diathèse rhumatismale et dans toutes les maladies qui en dépendent, surtout dans la goutte, mais son action dans ces cas n'est pas encore absolument prouvée par l'expérience, et nécessite de nouvelles recherches. — M. D.

## MÉDECINE

**Les pleurésies fétides.** — Les pleurésies fétides, d'après M. le Dr Sépet (*Mars. méd.*, décembre 1896), peuvent être divisées en pleurésies fétides d emblée primitives, ou secondaires, ou en pleurésies fétides secondairement (après la ponction ou après l'ouverture dans les bronches ou à l'extérieur). Les pleurésies fétides d'emblée sont les plus fréquentes, et presque toujours elles résultent d'une affection concomittante des organes voisins de la plèvre (pneumonie, tuberculose, cancer du poumon, de l'œsophage, abcès du foie, péritonite, etc.). Parfois, le foyer d'origine est éloigné de la plèvre (Netter), et c'est ainsi qu'on les a vues succéder à un phlegmon, des caries du rocher, des maladies générales infectieuses, etc. L. Tait a insisté sur la fréquence des épanchements purulents et fétides consécutifs aux affections de l'abdomen. D'autres fois, la fétidité n'apparaît qu'à la suite de thoracentèses, probablement quand l'asepsie a été insuffisante.

Ces faits prouvent nettement qu'il existe des pleurésies fétides en dehors de toute lésion gangréneuse de la plèvre ou du poumon, et il est utile de ne pas confondre les pleurésies simplement fétides avec les pleurésies gangréneuses dont le pronostic est beaucoup plus sombre. Les symptômes permettant de songer à la présence d'un épanchement fétide sont les suivants, d'après Sepet : on y pensera, si la pleurésie apparaît au cours d'affections suppuratives de l'abdomen, ou à la suite d'un pneumothorax. D'autre part, les phénomènes d'intoxication générale sont d'ordinaire plus accentués que dans les autres variétés de pleurésies. Laget insiste sur la fétidité spéciale de l'haleine, caractérisée par une odeur fade, repoussante, insupportable, *sui generis*. Cette odeur nauséabonde de l'haleine existe en dehors de toute expectoration fétide. Cette fétidité se retrouve dans les crachats, à la suite d'une vomique, mais elle se distingue des vomiques de la gangrène pleuro-pulmonaire par l'intensité de l'odeur, qui, dans ce dernier cas, est insupportable et se répand au loin. La vomique de la pleurésie gangréneuse est suivie d'une aggravation

Digitized by Google

rapide de l'état général, tandis qu'une amélioration rapide et parfois la guérison suit les vomiques consécutives à une pleurésie simplement fétide.

Les phénomènes d'intoxication se révèlent par quelques petits symptômes encore mal connus, c'est d'abord une *diarrhée fétide* caractérisée par l'abondance des déjections alvines, par leur fétidité excessive, par l'absence de douleurs abdominales et de ténesme. Les *exanthèmes* ont été relatés dans deux observations, et sont caractérisés par un érythème rosé, fugace, survenant après les élévations de température, disparaissant après l'ouverture de la plèvre.

Fréquemment, dans ces pleurésies putrides, on observe du pneumothorax, il existe un pyopneumothorax; mais le signe par excellence, c'est encore la ponction exploratrice.

Dans le plus grand nombre des observations, cette pleurésie fétide siège à gauche, l'épanchement est généralement très abondant, son aspect est variable, jaune verdâtre, épais, homogène dans les pleurésies métapneumococciques et dans les streptococcies; il peut avoir une teinte brunâtre ; il est plus souvent très fluide, à peine louche, quelquefois hémorragique dans les pleurésies liées à la tuberculose. Il n'y a aucune relation entre le degré de fétidité de ce liquide et la gravité de la maladie. La ponction donne parfois issue à des gaz fétides. Les bactéries de toutes sortes peuvent se rencontrer dans ces épanchements.

Le pronostic est d'ordinaire grave dans les formes hypertoxiques, égal à celui d'une pleurésie purulente ordinaire, dans les formes à toxicité atténuée. Le pronostic est modifié par le traitement qui doit être précoce et hâtif. L'on ne s'attardera pas aux ponctions évacuatrices et l'on devra pratiquer l'empyème d'emblée. On pratiquera des lavages de la plèvre à une température de 38 à 39 degrés, soit en se servant d'eau stérilisée simple ou salée, soit en employant des solutions antiseptiques, et ces lavages devront être continués tant que le pus restera fétide, et tant que la virulence n'aura pas complètement disparu. Parfois, l'indication d'une opération d'Estlander se posera et le médecin sera le meilleur juge pour en déclarer l'urgence.

---

**Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire.** M. le Dr G. Durante vient de reprendre, en la considérant sous un point de vue nouveau, la question si controversée du déciduome malin. (*Rev. méd. de la Suisse romande,* nov. et déc. 1896).

En éliminant les faits relevant de tumeurs d'autre nature, publiés à tort sous ce titre, les observations de déciduome malin, aujourd'hui au nombre de 46, permettent d'établir très exactement les caractères tant cliniques qu'histologiques de ce néoplasme d'un ordre tout particulier.

Cliniquement, il se développe toujours à la suite d'une grossesse. Parfois précédé d'un polype placentaire ou d'une môle hydatiforme, son début est marqué par des métrorrhagies diffuses, répétées, puis continuelles, que rien ne parvient à arrêter et qui déterminent promptement une anémie profonde ou occasionnent même directement la mort par une perte plus abondante et incoercible, L'examen intra-utérin montre une tumeur molle, friable, s'insérant en un point où la paroi ramollie paraît réduite à l'épaisseur d'une feuille de parchemin. Ces symptômes sont les seuls à peu près pathognomoniques. Les autres ne sont qu'accessoires, inconstants et dépendant soit de métastases, soit de lésions surajoutées.

La marche, très rapide, aboutit bientôt à une cachexie progressive qui emporte la malade en quelques mois si la mort ne survient pas plus tôt par suite de complications dont les plus graves sont les hémorragies intenses et les métastases. Ces métastases se montrent partout, mais elles sont surtout précoces dans le poumon où elles donnent parfois lieu à un ensemble de signes faisant penser à de la tuberculose.

Le diagnostic doit se baser sur la marche des hémorragies, le résultat du toucher intra-utérin et surtout l'examen des fragment retirés de la cavité utérine, dans lesquels le microscope permettra de reconnaître des éléments caractéristiques.

La guérison est possible, quoique exceptionnelle, à la condition d'opérer tôt et de ne pas perdre un temps précieux à des curettages qui ne sauraient amener aucun résultat sérieux. La seule intervention est l'hystérectomie totale qui, pratiquée de bonne heure, a donné quelques succès. Cependant, même dans les conditions les plus favorables, même si l'auscultation ne revèle aucun symptôme pulmonaire, il importe de suivre la malade pendant 2 ans au moins, car il existe chez des malades regardées comme guéries, des cas de récidive 1 et 1 ans 1/2 après l'intervention.

Les chapitres consacrés à l'étude histologique et surtout à la pathogénie de cette affection sont ensuite étudiés avec de nombreux détails et forment la portion la plus intéressante de ce travail. Nous devons nous borner à le résumer très succinctement.

Histologiquement, l'élément caractéristique de cette tumeur est représenté par des amas protoplasmiques de volume et de forme très variables, chargés de chromatine, multinucléés, sans membrane d'enveloppe et sans démarcations cellulaires. A côté de ces masses plasmodiales existent, parfois, des cellules claires, rondes ou polygonales, mononucléaires qui, suivant l'auteur, ne sont qu'un élément de soutien dérivé du mesoderme fœtal. En tous cas, elles ne représentent qu'un élément inconstant qui souvent fait défaut sans entraîner de modification essentielle dans la nature de la tumeur. Les masses plasmodiales seules sont ici l'élément constant et caractéris-

Digitized by Google

tique de ce néoplasme qui ne saurait donc être considéré comme une tumeur mixte.

Des vaisseaux sont signalés dans quelques observations mais font, pour la plupart du temps, défaut. La vitalité extrême de cette tumeur, en apparence privée de vaisseaux, s'explique par un système de circulation tout spécial dont le développement, minutieusement décrit, peut se résumer de la façon suivante. Les masses plasmodiales présentent une affinité toute spéciale pour les vaisseaux utérins qu'elles envahissent de bonne heure, qu'elles enveloppent, dont elles détruisent enfin les parois en s'y substituant, de façon à constituer un système lacunaire tapissé par ces masses plasmodiales et dans lequel se fait une circulation identique à celle que l'on observe dans les lacs sanguins du placenta. On comprend combien une pareille circulation est propice aux hémorragies, et l'envahissement rapide des vaisseaux explique, d'autre part, également la précocité des métastases.

Après avoir insisté sur les détails histologiques qui font du déciduome malin un néoplasme si particulier, M. G. Durante en discute longuement l'origine et la pathogénie. On ne saurait plus longtemps le regarder comme provenant de la caduque : il est à souhaiter que le terme de déciduome disparaisse de la nomenclature ! Comme toute tumeur reproduit toujours, plus ou moins exactement, dans des éléments caractéristiques, le type des cellules dont elle provient, il restait à trouver l'élément physiologique possédant les caractères analogues à ceux des masses plasmodiales du déciduome. Parmi tous les tissus normaux, le seul qui reproduise la plupart de ces caractères est le syncytium placentaire ou masses protoplasmiques formant le revêtement le plus périphérique des villosités choriales. On a considéré ce syncytium comme dérivant des vaisseaux ou de l'épithélium utérin. Les recherches de M. Mathias Duval confirmées par les travaux les plus récents, établissent nettement qu'il provient de l'ectoderme fœtal. Cet ectoderme, au niveau du futur placenta, forme de vastes masses plasmodiales (ectoplacenta), qui envahissent les vaisseaux utérins, se substituent à leurs parois et édifient ainsi une circulation lacunaire (lacs sanguins), s'opérant dans des espaces tapissés par le débris de ces masses plasmodiales (syncytium).

Le rapprochement entre les premières phases du développement placentaire et le mode d'évolution du déciduome montrent donc les analogies les plus frappantes. On y retrouve les mêmes masses plasmodiales envahissant les tissus maternels, ayant une affinité toute spéciale pour les vaisseaux dont elles remplacent les parois, et constituant par ce mécanisme un même système lacunaire où le sang circule dans des espaces tapissés de plasmode, de syncytium, d'origine ectodermique. Des figures montrent comparativement l'évolution de ces masses plasmodiales dans le placenta normal en voie de développement et dans le déciduome.

L'auteur, insistant sur cette identité presque complète, s'appuie sur elle pour considérer le déciduome malin comme une tumeur développée aux dépens de cette portion de l'ectoderme fœtal qui édifie le placenta, aux dépens de l'ectoplacenta de M. M. Duval. Pour lui, il s'agit non pas d'un sarcome ou d'une tumeur mixte, comme on l'a soutenu, mais d'un véritable *épithélioma ectoplacentaire*. L'ectoderme fœtal, au niveau du placenta, se conduit comme une tumeur maligne qui ne dépasse pas, normalement, la caduque et sera éliminée à la délivrance. L'épithélioma ectoplacentaire peut être de même comparé à une extension anormale, à une véritable *récidive maligne de l'ectoplacenta physiologique*. Il pourra se développer soit pendant la grossesse aux dépens de l'ectoplacenta en voie d'évolution, soit plus ou moins longtemps après la délivrance, aux dépens des restes de cet ectoplacenta que l'on retrouve sous forme de débris syncytiaux dans les môles, dans les polypes placentaires et, en général, dans tous les produits placentaires retenus et greffés sur la paroi utérine.

Quant aux différentes variétés que l'on a décrites dans le déciduome, les formes villeuses (ou mieux pseudo-villeuses car ce ne sont pas de vraies villosités choriales), les formes aréolaires, etc., etc., elles ne devraient leur apparence qu'au mode spécial qu'affecte dans chaque cas le bourgeonnement des masses plasmodiales. Ce mode de bourgeonnement dépendrait peut-être de l'état variable au cours des différents stades de développement dans lequel se trouvait l'ectoplacenta au début de son évolution pathologique (syncytium, plasmode réticulé, plasmode villeux), cet ectoplacenta continuant indéfiniment à bourgeonner suivant le type dont il dérive.

---

**Les épilepsies larvées.** — La fréquence des accidents épileptiques indépendants des grandes ou des petites attaques convulsives a peut-être été un peu exagérée. Un certain nombre de ces accidents méritent néanmoins d'être regardés comme de véritables équivalents de la crise épileptiforme. Comme elle, ils surviennent de façon paroxystique, sont irrégulièrement périodiques. Comme elle surtout, ils sont favorablement influencés par le bromure alors qu'ils résistent à la plupart des autres médications. A ce titre, ils sont donc intéressants à connaître pour le praticien. Le diagnostic restera souvent en suspens quand les accidents incriminés n'auront pas été précédés ou suivis d'attaques épileptiques. Mais dans bien des cas le traitement d'épreuve constituera un critérium d'une réelle valeur.

L'absence, l'attaque d'inconscience momentanée, souvent très courte est un accident bien connu comme équivalent de l'accès. Outre l'absence passive, on peut observer pendant la période de torpeur cérébrale un délire actif caractérisé par des cris, des violences, des gestes obscènes. Le malade est emporté par une sorte d'impulsion irrésistible. Cette impulsion ne l'empêche pas toujours de gar-

Digitized by Google

der une conscience vague de l'acte qu'il commet. L'anxiété dans ce petit mal intellectuel bien décrit par Falret est alors des plus pénibles.

Dans le grand mal intellectuel, on observe une véritable crise de manie furieuse qui d'ordinaire après quelques heures tombe brusquement. Parfois pourtant on la voit se prolonger, constituant un état analogue à l'état de mal. La température peut atteindre et dépasser 40°. Le pouls d'abord précipité, devient irrégulier et lent. Tout le corps se couvre de sueurs froides et visqueuses. La mort peut survenir dans le coma. La congestion cérébrale intense, le collapsus cardiaque peuvent dans cette forme fournir d'intéressantes indications thérapeutiques.

Les convulsions toniques et clowniques peuvent être aussi remplacées par une crise de tics, de mouvements plus coordonnés, en apparence des plus singuliers. M. Descroizilles a insisté sur la parenté de l'épilepsie infantile et du tic de Salaam ou les enfants se livrent à une série de salutations précipitées, inclinant la tête et le tronc jusqu'à vingt et quarante fois de suite en deux à trois minutes. Outre ce tic rythmé, on peut observer toutes les variétés de tics, de spasmes, de tremblements. Dans d'autres cas, c'est une véritable course en avant, souvent avec cri et inconscience intellectuelle, rarement précédée par un aura. L'automatisme comitial ambulatoire de Charcot où le malade inconscient s'embarque pour un voyage parfois très long et se réveille stupéfait dans une localité éloignée sans se rappeler comment il y est venu, est aujourd'hui de notion classique. L'attaque de sommeil invincible, comateux, mérite également d'être connue. Comme le sommeil qui suit les attaques d'épilepsie ordinaire, cette crise de somnolence doit être respectée. Les crises de délire violent qui la suivent assez fréquemment semblent, en effet, plus à craindre quand le malade est réveillé de force et brutalement.

Du côté des organes des sens, on peut voir les divers troubles qui constituent l'aura (cécité subite et passagère, flammèches colorées, diplopie, hallucinations visuelles ou auditives, hypéracousie douloureuse, sifflements, goûts et odeurs étranges presque toujours horriblement désagréables), constituer toute l'attaque. Les relations de l'épilepsie d'une part, avec la migraine ophtalmique d'autre part, avec le vertige de Ménière doivent être bien connues.

L'asthme surtout chez l'enfant, les troubles digestifs (vomissements, diarrhées subites), les troubles cardiaques (syncope, palpitations, angor pectoris) peuvent également constituer des équivalents de l'épilepsie. Les terreurs nocturnes des jeunes enfants, l'incontinence nocturne d'urine rentrent souvent aussi dans cette catégorie. Cette complexité des accidents paraépileptiques montre combien il est difficile d'adopter l'une ou l'autre des deux théories pathogéniques exclusives qui ont été proposées. Un certain nombre d'entre eux s'explique, en effet, mieux par des accidents d'origine bulbaire; un certain nombre d'autres ne peut ressortir qu'à un trouble des centres cérébraux. — A. F. P.

---

**La dilatation de la vésicule dans les calculs du cholédoque.** — M. le Dr Chappet vient de rapporter à la Société médicale de Lyon l'observation d'un malade présentant un calcul dans le cholédoque, ne s'opposant pas absolument à l'écoulement de la bile, soit du côté du duodénum, puisque les selles n'étaient pas complètement décolorées, soit du côté de la vésicule. Cette dernière, à parois épaissies, n'était pas rétractée et contenait de la bile et du sang dans sa cavité; du vivant du malade, elle donnait absolument la même sensation que si la paroi indemne de toute inflammation eût été distendue par de la bile liquide ou par de la sérosité. Cette observation est donc contraire à la loi de Courvoisier-Terrier qui affirmait qu'on observe toujours la dilatation de la vésicule dans les cancers comprenant les voies biliaires, et toujours l'atrophie dans les cas de calculs. Nové-Josserand classe les exceptions à cette loi en deux groupes : on a trouvé l'atrophie de la vésicule coïncidant avec le cancer (Quenu) ou, ce qui est le plus fréquent, on trouve la dilatation de la vésicule concordant avec un calcul. L'observation de Chappet est un bel exemple de cette dernière exception. Gangolphe pense que la présence d'accès de fièvre serait en faveur des calculs, mais ce signe est lui-même fautif, car Mollière a observé de la fièvre chez plusieurs malades atteints d'obstruction cancéreuse du cholédoque. — M. D.

---

**Exostosis luxurians.** — Le nom qu'on donne à cette affection : myositis ossificans progressiva n'est, d'après Wirchow nullement justifié; les néoformations osseuses naissent, en général, des cartilages articulaires ou épiphysaires pour envahir secondairement les muscles. La dénomination d'exostosis luxurians ou d'exostosis multiplex lui convient mieux. L'étiologie, la pathogénie, le pronostic de cette malade sont presque complètement ignorés. Schultze qui a eu l'occasion d'en autopsier 2 cas, n'a trouvé aucune altération du système nerveux. Le Dr Fritz Sano vient de présenter récemment un malade atteint de cette affection, à la Société médico-chirurgicale d'Anvers, et signale deux points importants dans l'observation de son malade, d'abord l'existence d'une fièvre intermittente dans les antécédents; ensuite le fait que la maladie n'a plus progressé depuis le moment où le malade a quitté son pays d'origine. Peut-être, dit Fritz Sano, y a-t-il là deux arguments en faveur d'une origine infectieuse du mal; car on sait l'importance du rôle de la moelle osseuse dans la défense de l'organisme, et les multiples retentissements de l'infection sur la croissance et la forme des os. — M. D.

---

Digitized by Google

**La photographie des bruits du cœur.** — Un microphone appliqué sur la pointe du cœur est mis en rapport avec un téléphone. Au moment où un bruit du cœur retentit, la plaque vibre. Ces vibrations se transmettent à une tige métallique qui porte à son bout supérieur une lamelle de verre. Tout près de cette lamelle se trouve une autre pouvant être réglée à l'aide d'une vis micrométrique. Par l'interférence des rayons lumineux entre les deux lames, il se forme des anneaux colorés de Newton, qui changent de dimension selon que les deux lames se rapprochent ou qu'elles s'éloignent l'une de l'autre. Par l'intermédiaire de la plaque téléphonique, le bruit du cœur imprime des oscillations à ces anneaux, et c'est en les photographiant que M. von Holowinski, de Varsovie, a obtenu un graphique des bruits du cœur. (*Zeitschrift f. Klin. Med.*).

En faisant enregistrer sur une même feuille le chronogramme (secondes), le pneumogramme (respiration), le cardiogramme et les variations acoustiques des anneaux de Newton, on constate que le premier bruit du cœur précède l'ascension systolique du cardiogramme de quatre à cinq centièmes de seconde. Cette différence peut atteindre onze centièmes de seconde à la fin de l'inspiration : à ce moment, la poitrine est dilatée au maximum, et la pointe met plus de temps à arriver en contact avec la paroi, que pendant l'expiration. Le deuxième bruit du cœur correspond assez exactement à la première vallée du cardiogramme; mais parfois il précède aussi la chute de la courbe de trois centimètres de seconde.

Cette méthode, très précise, promet de curieuses révélations sur les bruits morbides, mais la délicatesse des appareils et le dispositif compliqué rendent son application difficile, même à l'hôpital, et la relèguent au laboratoire, — Bn.

## CHIRURGIE

**Lipômes de la région mammaire.** — Les lipômes de la région mammaire constituent une affection relativement rare, puisque la plupart des livres classiques n'en donnent qu'une description peu détaillée, et que parmi les auteurs anciens, Velpeau soit le seul qui leur ait consacré une étude assez longue. Aussi, M. Etiévant a-t-il raison de consacrer quelques lignes à cette affection (*Prov, méd.*, décembre 1896), à propos d'un cas observé à Lyon, dans le service de M. Valtas.

D'après Billroth, ces tumeurs se développent généralement avant la vingtième année et atteignent assez rapidement un volume considérable. Elles siègent habituellement en dehors de la glande mammaire, dans le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois entre le grand pectoral et la glande qu'elles repoussent en avant; ce sont ces tumeurs rétro-mammaires qui présentent surtout un volume appréciable. Quant aux lipômes développés dans la glande elle-même, ils ne sont pas admis par tous les auteurs et l'on n'en cite guère que deux à trois cas, sujets à caution.

On reconnait les lipômes mammaires à leur mollesse, leur lobulation, leur indépendance de la glande ; mais il faut avouer qu'en bien des cas, le diagnostic est difficile, notamment avec les fibrômes, les adénômes, les kystes et même les abcès froids, et que fort souvent, il ne se fait qu'au cours de l'opération. M. Delbet cite le cas de Billroth, hésitant entre une hypertrophie mammaire et un cysto-sarcôme, et ne reconnaissant que sous le bistouri qu'il ne s'agissait que d'un lipôme.

L'évolution de ces tumeurs est bénigne et ce n'est que par leur accroissement qu'elles peuvent devenir une cause de gêne. Le traitement ne comporte aucune difficulté, les lipômes s'énucléant facilement, dès qu'on a incisé leur enveloppe; le seul souci du chirurgien sera de veiller à l'élégance de la cicatrice, en pratiquant la suture intradermique. — L. Flœrsheim.

**Métrite hémorragique et métrorrhagies.** — On a de la tendance à confondre, en clinique, les deux termes *métrite hémorragique et métrorrhagie*; cette confusion ne doit pas persister; la première est une maladie, la seconde, un symptôme. Mais on entend parler souvent encore de métrite hémorragique idiopathique, de métrite des vierges, de la ménopause, et il règne à ce point de vue dans les esprits une confusion que le Dr Schmid (*Th. doct.*, 1896), a cherché à faire disparaître.

Si l'on laisse de côté les métrorrhagies signalées dans les affections du cœur, du foie, des reins, celles encore des maladies infectieuses, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc..., qui sont du ressort médical, on peut adopter comme base d'une étude sur les hémorragies utérines la division suivante :

1° Métrorrhagies essentielles;

2° Métrorrhagies liées à des modifications de la circulation (fibrômes, cancer, lésions annexielles, soi-disant métrite des vierges et de la ménopause);

3° Métrorrhagies dans les métrites aiguës et chroniques;

4° Métrorrhagies dans l'endométrite déciduale;

5° Métrite hémorragique proprement dite.

Les *métrorrhagies essentielles*, adoptées récemment par Dupuy, après Whitchead, Obre, West, paraissent être plus exactement des troubles circulatoires dont la cause est encore actuellement ignorée; en effet, la plupart des observations ne contiennent aucun détail ni sur l'examen de la cavité utérine ni sur celui des fragments de muqueuse retirés par le curettage. Elles ne sont donc classées que provisoirement sous le terme d' « essentielles » et tendront sans doute à disparaître.

La *métrite hémorragique des vierges* est également une fausse métrite; on la rencontre souvent au moment de

Digitized by Google

l'établissement des règles ; elle coïncide généralement avec tous les signes de l'anémie; pâleur, faiblesse générale, palpitations, et ce qui prouve qu'elle n'est nullement due à une lésion de la muqueuse mais à un trouble circulatoire, c'est qu'elle n'a pas besoin, pour guérir, du traitement antiseptique ordinaire des métrites, et que les toniques, l'hydrothérapie, au besoin l'électrisation suffisent à amener la guérison. On peut rapprocher de ces métrorrhagies virginales celles qu'on observe souvent au moment des premiers rapports sexuels et qui tiennent à des phénomènes congestifs.

Les *métrorrhagies de la ménopause* ont, d'après M. Doléris, leur point de départ dans des troubles circulatoires liés à la suppression du molimen menstruel et il admet ainsi que M. Bouilly que ce sont des troubles analogues à ceux qu'on observe après la castration chez la femme. Dans ces cas de pertes de la ménopause, l'utérus est gros, mou, il y a tout d'abord une prolifération du tissu conjonctif interstitiel, qui arrive finalement à la sclérose et à l'atrophie de la muqueuse. Ces lésions de sclérose ne doivent pas, d'après M. Schmid, être regardées comme pathognomoniques d'une métrite hémorragique, puisqu'au lieu de dilatations vasculaires, on constate de l'atrophie de la muqueuse.

Les mêmes arguments peuvent être invoqués contre les hémorragies si communes qu'on observe au cours des fibromes, du cancer de l'utérus ou des lésions annexielles; de même, dans les métrites aigues ou chroniques, il n'y a aucune lésion vasculaire de la muqueuse, qui permette de croire que l'on a affaire à une métrite hémorragique vraie. — A la suite de l'avortement, on observe souvent une altération de la muqueuse s'accompagnant d'hémorragies; cette lésion n'est pas non plus, à proprement parler, une métrite véritable; elle mérite plutôt le nom d'endométrite déciduale.

De sorte que, d'après Schmid, il n'existe, au sens anatomique du mot, qu'un seul type de métrite hémorragique vraie : c'est la *dégénérescence angiomateuse* étudiée par M. Quenu. Au point de vue anatomo-pathologique, elle est caractérisée par de doubles lésions, les unes vasculaires, qui consistent en la transformation caverneuse de la muqueuse utérine, les autres musculaires, résidant dans une atrophie des faisceaux musculaires utérins. Le diagnostic de cette métrite hémorragique est souvent fort difficile : l'utérus est gros, le col dur, les pertes sanguines, incoercibles. Une exploration de la cavité utérine qui permettra d'éliminer les fibromes, un examen de fragments de muqueuse qui permettra de démontrer les lésions vasculaires.

Cette forme est absolument rebelle au curetage et il existe des cas où cette opération a été répétée un certain nombre de fois, sans amener la guérison. Le seul traitement est l'hystérectomie vaginale. — L. Flœrsheim.

## TOXICOLOGIE

**Intoxication par le chlorate de potasse.** — Le Dr Romanow rapporte dans le *Wratch* l'observation d'une institutrice de 25 ans qui, dans un but de suicide, absorba 90 grammes de chlorate de potasse. Elle mourut au bout de 6 jours et à l'autopsie on trouva des embolies graisseuses dans tous les organes, principalement dans les petits vaisseaux et dans les capillaires du poumon. Romanow, pensant que sous l'influence du sel toxique, la moelle des os longs subit des modifications profondes, essaya de la vérifier expérimentalement sur des chiens. Ces animaux présentèrent également des embolies graisseuses, mais peu généralisées, c'est surtout dans les capillaires et les petites artères que les gouttelettes de graisse furent rencontrées ainsi que de grosses cellules semblables à celles de la moelle osseuse. — Dr Rechstamer.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 29 décembre 1896*

**Microphonographe.** — M. Laborde présente le microphonographe de M. *Dussaud* (de Genève).

Il s'agit d'un appareil permettant d'amplifier considérablement les sons et de les rendre ainsi perceptibles aux sujets atteints de surdité (lorsqu'il leur reste, du moins, quelques vestiges de leur appareil de réception).

Cet instrument est basé sur les données suivantes :

1° Les sons transmis par le microphone sont plus accessibles aux ouïes faibles que les sons ordinaires;

2° Un microphone ébranlé par la plaque vibrante du phonographe renforce considérablement plus les sons que lorsque ceux-ci viennent directement le frapper.

Il est essentiellement constitué par un appareil enregistreur construit sur le modèle du phonographe ordinaire, et par un organe de transmission et d'amplification, le microphone.

De nombreuses expériences ont été faites par M. Dussaud sur des sujets affectés de différents types de surdité. Cet expérimentateur a pu se rendre compte que les sujets peuvent suivre des mélodies dont ils battent la mesure et qu'ils distinguent très bien les unes des autres. Cet appareil pourra donc être, à la fois, un moyen de transmission et d'éducation pour les sourds-muets.

**Traitement chirurgical de la myopie.** — M. Panas. Dans certains cas de myopie extrême on peut tenter d'améliorer le sort des malades en pratiquant l'extraction du cristallin. Chez les sujets jeunes, on pourra ne point avoir recours à l'iridectomie préalable, opération qui devient indiquée chez l'adulte. — A la myopie succède, fréquemment, une hypermétropie post-opératoire.

Digitized by Google

**Possibilité d'utiliser la radiographie dans les recherches histologiques** — M. Poncet (de Lyon) montre la possibilité d'utiliser la radiographie dans les recherches histologiques. Il a cité les faits observés par les Drs Destaut et Bérard dans leur étude sur la circulation rénale.

En étudiant à l'aide de la radiographie un rein préalablement traité par l'injection métallique, on arrive aux conclusions suivantes :

1° Les artères rénales sont lobaires et terminales ; 2° il n'existe pas, à proprement parler, de véritable voûte artérielle ; 3° les artères des pyramides viennent des artères glomérulaires ; 4° on peut injecter le rein par un seul vaisseau.

**Traitement chirurgical de la surdité.** — M. Garnault. Il consiste à enlever la membrane du tympan, le marteau et l'enclume, à mobiliser ou extraire l'étrier en pénétrant dans la caisse par la voie mastoïdienne. Il considère comme opérables tous les cas de surdité chronique dans lesquels l'épreuve de Rinne montre que l'appareil percepteur est intact et que l'appareil de transmission arrête les ondes sonores comme un écran. L'opération présente peu de gravité.

Chez les malades atteints d'otite sèche, 50 0/0 des opérés sont notablement améliorés.

Le secrétaire perpétuel lit les discours prononcés par lui lors du jubilé de Théophile Roussel et de l'anniversaire de Pasteur.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

M. Railliet, 58 voix ; Saint-Yves-Ménard, 9 voix.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 30 décembre 1896*

**Pathogénie de l'appendicite.** — M. Brun conteste la réalité de la typhlite ; il n'en a jamais constaté l'existence même au cours d'opérations pratiquées chez des malades qui en présentaient tous les symptômes classiques ; l'appendicite y jouait toujours le premier rôle. L'infection primitive de l'intestin, localisée ensuite à l'appendice, est la principale cause de cette affection. Quant au rôle, rempli par l'oblitération de l'appendice, il est secondaire et correspond à des faits cliniques graves, tels que la gangrène aiguë de cette portion de l'intestin.

M. Pozzi. Les faits expérimentaux et cliniques montrent que toutes les fois que l'orifice d'une cavité infectée s'oblitère, il y a exacerbation des phénomènes inflammatoires, lorsque celle-ci est transformée en cavité close ; c'est ce qui arrive dans l'appendicite aiguë. De plus, il faut tenir compte dans la pathogénie de ses complications, de son ischémie facile en raison de sa faible vascularité, et de l'intensité particulière de la virulence de certaines inflammations.

M. Routier résume les principaux points de cette discussion sur la pathogénie de l'appendicite. (Nous donnons plus haut cette communication *in extenso*).

**Tumeurs sacro-coccygiennes.** — M. Phocas (de Lille) donne deux observations de tumeurs sacro-coccygiennes extirpées avec succès sur deux enfants âgés de cinq ans et de vingt-deux mois.

Une de ces tumeurs était remarquable par les pulsations musculaires dont elle était le siège. A l'aide de ces observations on peut conclure que l'extirpation de ces tumeurs n'est pas très urgente et qu'on doit attendre pour proposer l'opération que l'enfant eût acquis une certaine résistance.

L'extirpation partielle peut donner des bons résultats. — H. M.

## FAITS CLINIQUES

### Abcès périurétraux au cours de la blennorrhagie

Par M. Bernardbeig, *ancien interne des hôpitaux de Paris*

Des manifestations périurétrales de la blennorrhagie, les folliculites sont les plus fréquentes, mais il est assez rare que ces folliculites finissent par intéresser le tissu périglandulaire et par donner lieu à des abcès périurétraux comme dans le cas que nous publions :

M. K..., restaurateur, âgé de quarante-deux ans, ne présentant rien de particulier, à part des signes d'alcoolisme ; n'ayant jamais eu, d'après ce qu'il dit aucune infection vénérienne, contracte, en juin 1895, une blennorrhagie.

Quinze jours après, en pleine période d'écoulement, il s'aperçoit qu'une petite tuméfaction s'est formée dans la région spongieuse de l'urètre, à la partie inférieure du canal. Du volume d'un pois, cette tuméfaction augmente progressivement et atteint bientôt la grosseur d'une amande. Peu douloureuse au toucher, mais occasionnant à son niveau, à la partie interne du canal, une sensation de picotement pénible au moment de la miction et de l'érection.

Au bout de huit jours, cette tuméfaction avait complètement disparu, sans que le malade eût fait autre chose que d'y appliquer de petits cataplasmes. Il n'avait pas, d'ailleurs, traité sa blennorrhagie, qui disparut, elle aussi, sans laisser aucune trace d'infection du côté du canal.

Le 15 septembre 1895, après un coït plus que suspect, il éprouve des douleurs en urinant et constate un écoulement purulent par le méat. Il voit en même temps apparaître à la même place que précédemment une tuméfaction de la grosseur d'un pois, peu douloureuse extérieurement, mais rendant la miction très pénible, paraissant en partie obstruer le canal et gêner le passage de l'urine. Dans l'espace de sept jours, le malade, qui ne s'était pas plus soigné que la première fois, voit cette grosseur s'augmenter et l'écoulement urétral devenir plus abondant.

Le 27 septembre 1895, je vois le malade pour la première fois, je constate tous les signes d'une blennorrhagie aiguë : méat tuméfié, rouge, écoulement d'un pus verdâtre, lorsqu'on presse sur le canal d'arrière en avant. A cinq centimètres environ en arrière de la base du gland, à la face inférieure de la région spongieuse, sur la ligne médiane, je trouve une grosseur ayant les dimensions

Digitized by Google

d'une cerise, de forme arrondie, dure à la pression, parfaitement limitée, faisant corps avec la face inférieure du canal de l'urètre, indépendante de la peau qu'on peut y faire glisser dessus et qui a conservé en ce point son aspect normal. La pression sur cette grosseur réveille la douleur en même temps qu'elle augmente l'écoulement purulent par le méat — ce qui paraît bien indiquer la communication de cet abcès périurétral avec le canal de l'urètre. Une sonde n° 16, enfoncée dans le canal, occasionne une douleur très vive au niveau du point où siège la tuméfaction; elle a quelque difficulté à passer à ce niveau. En retirant la sonde, il se fait un écoulement de pus sanguinolent assez abondant. On ne sent pas sur la verge, même sur sa face dorsale, de cordons durs, moniliformes; la peau a sa couleur normale, rien n'indiquant qu'il y a une lymphangite nodulaire du pénis, ou de la phlébite du corps spongieux. Aucune manifestation blennorrhagique des autres organes, les ganglions de l'aine ne sont ni hypertrophiés, ni douloureux; le toucher rectal ne révèle aucune trace de tuméfaction ou d'abcès prostatique. Je prescris des injections au permanganate de potasse, recueille du pus de l'urètre, dans lequel l'examen bactériologique a révélé la présence de gonocoques.

Le 30 septembre, la grosseur n'a pas augmenté; mais la peau, devenue rouge à son niveau, y glissant moins facilement, semble prendre part au processus inflammatoire. Je propose au malade de pratiquer une incision, mais, très pusillanime, il ne put s'y décider. et je dus me borner à lui faire continuer les injections au permanganate de potasse.

Huit jours après, le 7 octobre, ce second abcès avait disparu, malgré la persistance de l'écoulement urétral. Mais presque aussitôt, à partir du 10 octobre, une nouvelle grosseur se montrait en arrière de la précédente, évoluant de la même manière, mais persistant pendant plus longtemps, du 10 octobre au commencement de novembre.

Le 2 novembre, apparition d'une orchite blennorrhagique, persistance de l'écoulement urétral. Le nouvel abcès, gros comme une amande, est douloureux, mais la peau, à son niveau, n'est ni rouge, ni adhérente.

Le 13 novembre, l'écoulement urétral a disparu, l'orchite s'est améliorée, est bien moins douloureuse, le troisième abcès a également disparu sans s'ouvrir au dehors, et il ne reste plus dans la région spongieuse, sur la face inférieure du canal, que de petites indurations indiquant la place de ces abcès successifs. A la fin de novembre, le malade était complètement guéri de ces accidents blennorrhagiques.

Dans le cas que nous publions, bien qu'à notre grand regret nous n'ayons pas pu recueillir du pus des abcès périurétraux pour en faire l'examen bactériologique et nous assurer s'il s'agissait d'inflammations franchement gonococciennes, nous pensons qu'ils ont constitué une complication directe de la blennorrhagie. Les deux premiers ont apparu presque aussitôt après l'infection blennorrhagique, et, pour ce qui est du troisième, le malade était encore en pleine période de blennorrhagie lorsqu'il s'est formé.

Il ne s'est pas agi, certainement, de ces lymphangites nodulaires de la blennorrhagie, qu'il est si difficile de distinguer des engorgements folliculaires, surtout lorsqu'elles siègent à la face inférieure du canal. On sait que les angioleucites blennorrhagiques se manifestent par des traînées rouges sur la verge, des cordons durs, moniliformes, dessinant l'invasion tronculaire. Nous n'avons eu aucun de ces signes chez notre malade.

Nous avons eu affaire à une infection glandulaire blennorrhagique, à ces folliculites, qui sont si fréquentes au cours d'une blennorrhagie aiguë, mais qui rarement s'abcèdent et prennent les dimensions que nous avons constatées dans notre observation.

Il arrive, en effet, que ces folliculites tuméfiées s'enflamment davantage et que si, dans bien des cas, le processus inflammatoire n'intéresse que le follicule, l'inflammation devenant plus intense, le tissu périfolliculaire peut aussi s'entreprendre. Nous avons vu que, dans le cas qui nous intéresse, au niveau de l'une des petites tuméfactions, la peau était devenue rouge, il est donc bien évident que le processus inflammatoire a dépassé les limites du follicule, que le tissu spongieux a été localement intéressé, qu'il y a eu de la périfolliculite et qu'il s'est formé ce que Finger, dans son *Traité de la blennorrhagie*, désigne sous le nom « d'infiltrat caverneux ».

Ajoutons que, chez notre malade, tout s'est passé dans les conditions les plus favorables, puisque ces folliculites abcédées se sont terminées chaque fois par ouverture dans le canal de l'urètre et qu'elles n'ont entraîné avec elles aucune complication de cavernite ou d'infiltration d'urine.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Contre le pitiriasis versicolor :**

Frictions avec :

| | | |
|---|---|---|
| Alcoolat de lavande | 120 | grammes |
| Sublimé | 1 | — |
| Huile de lavande | 4 | — |
| Savon vert | 80 | — |

Prendre un grand bain trois jours après la lotion.

## BANQUET DU DOCTEUR H. HUCHARD

*Les élèves et amis de M. le Docteur* H. Huchard, *à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de Médecine, se réuniront en un banquet, le* mardi 26 janvier 1897 *(restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Elysées), à 7 heures et demie, sous la présidence de M. le professeur* Potain, *membre de l'Institut.*

*Les adhésions seront reçues jusqu'au 16 janvier, au plus tard, à l'une des adresses suivantes :*

MM. Baillet, interne à l'hôpital Necker. — Deguy et Magdelaine, internes à l'hôpital de la Charité. — Dr Rochon-Duvigneaud, assistant à l'hôpital Lariboisière. — Dr Flœrsheim, 73, rue de Provence, à Paris. — Dr Marciguey, 92, avenue Victor-Hugo, à Paris. — Dr Weber, 6, rue de Cérisoles, à Paris. — Dr Wehlin, à Clamart (Seine).

Le prix de la cotisation est de 20 francs.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS — IMP. CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

# Thérapeutique dermatologique

*Hôpital de la Pitié.* — M. le Dr Georges Thiéierge

## Les engelures et leur traitement

Voici deux malades atteints, depuis les froids rigoureux de ces derniers jours, de formes intenses d'engelures, et à propos desquels il me semble utile de vous entretenir de cette affection, non seulement parce que c'est, en cette saison, un sujet d'actualité, mais encore parce que les aspects divers des engelures ne sont pas suffisamment connus et parce que leur traitement embarrasse souvent le praticien.

Le premier de nos malades est un homme de 64 ans, exerçant la profession de tourneur de chaises, gagnant bien sa vie, se nourrissant convenablement, qui n'a jamais été atteint d'engelures dans sa jeunesse. Cette année, pour la première fois, il a vu, il y a huit jours environ, se produire très rapidement les lésions pour lesquelles il entre à l'hôpital. Vous pouvez voir que la face dorsale du pouce, de l'index et du médius de la main droite, celle du pouce et de l'index de la main gauche sont tuméfiées, surtout au niveau de leur première phalange, d'un rouge intense; la rougeur se prolonge sur la face dorsale des mains, au voisinage des articulations métacarpo-phalangiennes; d'une façon générale, la rougeur forme une large plaque continue, mais en quelques points elle est disposée sous forme de saillies du volume d'une grosse tête d'épingle, isolées les unes des autres; par places, vous voyez des taches violacées, arrondies, du diamètre d'une pièce de 20 centimes environ; en aucun point, l'épiderme n'est soulevé en forme de bulles, ni excorié. En interrogeant le malade, vous pouvez apprendre que la topographie des lésions correspond aux points qui, dans le travail, sont en rapport avec les outils. Sur le bord radial de la main droite, vous pouvez voir une tache arrondie, d'un rouge vif, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. En outre, vous remarquerez les plaques d'un rouge pâle qui recouvrent les paupières des deux côtés. Le malade se plaint d'une sensation pénible de cuisson, exaspérée par la chaleur, au niveau des paupières et surtout au niveau des mains qu'il ne peut, pour cette raison, conserver sous ses couvertures. Il n'y a aucune autre lésion cutanée. La santé générale de cet homme est bonne; ses différents organes semblent normaux; vous remarquerez cependant l'athérôme assez prononcé de ses artères, très appréciable au niveau des radiales.

Chez notre second malade, âgé de 27 ans, les lésions se présentent sous un aspect un peu différent. Occupant les deux mains, elles sont constituées par des placards de forme généralement arrondie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs, siégeant sur la face dorsale des mains et des doigts, surtout des index; ces placards, de coloration rouge légèrement violacée, sont surmontés de soulèvements saillants et remplis de sérosité citrine. A la main droite, plus atteinte que la gauche, les mouvements des doigts sont gênés par la tuméfaction de leurs phalanges et, sur la face dorsale de la main, vous voyez de larges bulles réunies entre elles et analogues à celle qu'aurait produites l'action d'un liquide brûlant coulant irrégulièrement sur la main. Sur le bord externe de la main gauche, vous remarquerez un placard rouge, de forme irrégulière, à la partie centrale duquel les bulles rompues ont laissé à leur place une surface ulcérée, entourée d'une zone d'un rouge légèrement violacée et livide. La face dorsale des deux mains est livide, tuméfiée dans toute son étendue. Sur le bord interne des pieds et sur les gros orteils, vous pouvez voir des taches cyanotiques légèrement saillantes. Le malade se plaint également d'un prurit assez intense réveillé par la chaleur. Agé actuellement de 27 ans, cet homme n'a jamais eu d'engelures, mais tous les hivers il a les mains « gourdes », c'est-à-dire violacées, livides et tuméfiées dans toute leur étendue; cet hiver, cet état de ses mains a été plus accusé que les années précédentes et il y a quelques jours se sont montrées les lésions actuelles. C'est dans ses conditions d'existence que l'on doit chercher la cause de cette aggravation : vivant à la campagne dans son enfance, il a terminé il y a quatorze mois son service militaire, et l'hiver dernier il a trouvé un travail suffisant pour vivre d'une façon à peu près satisfaisante; cette année, au contraire, il a quitté, il y a deux mois, la raffinerie dans laquelle il travaillait et depuis lors il n'a pu trouver d'occupation : logeant parfois dans les asiles de nuit, plus souvent encore sans domicile, vivant autour des Halles, reposant quelques heures sur un banc en plein air, se traînant le reste du jour, il s'est nourri presque constamment d'un peu de pain et de fromage, c'est-à-dire qu'il ne s'est pas nourri. Il est donc facile de comprendre que les rigueurs de l'atmosphère aient agi, ces dernières semaines, avec une intensité exceptionnelle sur un organisme dont la résistance n'avait jamais été aussi affaiblie par les privations.

L'examen de ces deux malades nous montre des formes assez accusées d'engelures. Il s'en faut qu'elles se présentent toujours sous un semblable aspect.

Le plus souvent, elles se réduisent à des taches rouges, de dimensions variables, ne dépassant ordinairement pas celles d'une pièce de 50 centimes, de forme arrondie ou irrégulière, nettement limitées, mais plus souvent mal accusées. Ces taches forment à la surface de la peau un relief variable. Leur coloration, rouge vif ou livide à la périphérie, est ordinairement violacée vers leur partie centrale qui est souvent moins saillante que leur bordure; sous l'influence de la pression, la coloration disparaît plus ou moins complètement, caractère commun à tous les érythèmes, d'où le nom d'*érythème pernio* donné encore à cette affection.

Digitized by Google

Comme dans tous les érythèmes localisés et quelque peu intenses, la congestion vasculaire du derme s'accompagne d'exsudation séreuse dans le derme, qui entre pour une part importante dans la tuméfaction des parties atteintes, et une transsudation de sérosité peut se faire dans l'épiderme, d'où le soulèvement et le décollement de celui-ci : il en résulte la formation de vésicules, de bulles et de phlyctènes. Rien n'est plus variable que l'étendue et le relief de ce soulèvement épidermique : parfois, les couches superficielles de l'épiderme sont seulement séparées des couches profondes, la peau semble seulement ridée et lorsqu'on les déchire on ne trouve qu'une mince couche liquide; d'autres fois, on voit apparaître, en quelques points, des taches érythémateuses, des vésicules éphémères qui se rompent, laissant à leur place une exulcération recouverte d'une croûtelle brunâtre; d'autres fois encore, l'épiderme se soulève largement sur la presque totalité des plaques rouges, de véritables phlyctènes se forment, se réunissent les unes aux autres, rappelant les phlyctènes des vésicatoires ou des brûlures au 2e degré; leur ouverture donne issue à une assez grande quantité de liquide citrin.

La rupture de pareilles phlyctènes laisse à nu des surfaces exulcérées plus ou moins étendues; les ulcérations peuvent se réparer assez facilement lorsque le traitement est régulièrement conduit; plus souvent la réparation est incomplète, les ulcérations persistent pendant plusieurs mois, jusqu'au retour de la saison chaude. Pendant ce temps, on voit parfois les surfaces ulcérées suppurer assez abondamment et bourgeonner, ce qui entrave encore leur cicatrisation; si les malades ne prennent pas des soins de propreté suffisants, l'ulcération peut devenir le point de départ de lymphangites et d'adénites.

A l'inverse de ces formes bulleuses et ulcéreuses, les engelures peuvent se présenter sous une forme papuleuse, bien décrite par Hutchinson et par M. Dubreuilh. Une jeune fille de 19 ans, que vous avez pu récemment observer à la consultation, en offrait un exemple remarquable : ses deux mains étaient parsemées, sur leur face dorsale, principalement sur celle des doigts, de petites saillies d'un rouge pâle, quelques-unes très légèrement violacées, de la dimension d'une petite lentille au maximum, faisant sur la peau adjacente un relief d'un demi-millimètre environ et de consistance ferme; quelques-unes de ces saillies présentaient à leur sommet une très minime excoriation, indice de la rupture d'une vésicule très peu développée. Sans les renseignements fournis par la malade, qui déclarait avoir vu apparaître ces lésions depuis les premiers froids et en avoir été déjà atteinte en hiver, il m'aurait été difficile de vous convaincre qu'il s'agissait bien d'engelures, tant au premier abord les lésions s'écartaient des formes vulgaires de cette affection.

En même temps que les éléments limités qui constituent les engelures, on voit très fréquemment les parties adjacentes tuméfiées, rouges et cyanotiques; cet état, qui constitue une des formes de l'asphyxie des extrémités, précède souvent les engelures des mains, et, les accompagnant pendant leur cours, contribue à en éclairer le diagnostic; mais il faut bien savoir qu'il cède facilement, lorsque les parties atteintes sont soustraites à l'action du froid et tel malade qui, au moment où on l'examine pour la première fois, a les mains « gourdes », devient méconnaissable après une nuit passée à l'hôpital.

Les engelures sont toujours douloureuses à un degré plus ou moins accentué; leur développement est précédé de prurit et d'une sensation de chaleur et de picotement. Une fois apparues, elles s'accompagnent de la même sensation, plus accusée encore ; tolérable lorsque les parties malades sont exposées à l'air froid, elle devient extrêmement prononcée et pénible lorsqu'elles sont soumises à l'action de la chaleur : le passage d'un endroit froid dans un endroit chaud et souvent le séjour au lit les réveillent et leur donnent toute leur intensité; ce signe a une grande valeur diagnostique.

La simple pression elle même est, pour peu que les lésions aient quelque intensité, extrêmement pénible.

Ajoutez à cela la tuméfaction des parties atteintes, la présence d'ulcérations et vous vous rendrez compte de la gêne que les engelures apportent aux mouvements des mains dès qu'elles sont un peu développées. Ce sont alors de véritables infirmités.

Les sièges de prédilection des engelures sont les mains, où elles occupent le plus souvent la face dorsale, au niveau du métacarpe et des doigts, respectant ordinairement le pouce, et les pieds, où on les observe de préférence sur la face dorsale et au voisinage des bords latéraux, principalement au niveau des têtes des 1er et 5e métatarsiens, et sur les orteils. On voit assez fréquemment, en même temps que des engelures des mains, des lésions semblables à la partie inférieure de l'avant-bras, au voisinage de ses bords latéraux. Les oreilles en sont encore fréquemment atteintes, surtout au niveau du bord de la conque. On les voit encore sur le nez, principalement au niveau de son extrémité et parfois sur les joues.

Les engelures, outre les cicatrices qu'elles laissent après elles lorsqu'elles se sont ulcérées, peuvent être suivies d'une tuméfaction générale des régions atteintes, résultat de l'asphyxie locale plus encore que des engelures elles-mêmes; aux mains cette tuméfaction donne aux doigts un aspect boudiné tout spécial, rappelant quelque peu celui de l'acromégalie.

Une autre conséquence plus rare des engelures est la production de dilatations vasculaires localisées et persistantes, véritables angiomes capillaires acquis, auxquels se superposent de petits papillomes rappelant l'aspect des verrues : cette lésion, connue depuis les travaux de MM. Dubreuilh et de Mibelli, a reçu de ce dernier auteur le nom d'angiokératome. Mon élève Piffault a consacré une

Digitized by Google

bonne thèse (26 juillet 1893) à cette séquelle des engelures, véritable rareté, sur laquelle je ne veux pas insister davantage.

De fréquence très variable suivant les années, en raison des différences que présente la rigueur des années, les engelures sont généralement considérées comme l'apanage des sujets jeunes. En fait, s'il est habituel de les observer chez des enfants et des adolescents à tendance lymphatique, elles ne sont pas exceptionnelles chez les adultes et surtout elles reprennent une grande fréquence dans la vieillesse : il est à noter que, chez les vieillards, elles affectent rarement la forme bulleuse et ulcéreuse ou, si elles s'ulcèrent, ne le font jamais sur une grande étendue ; elles sont plus souvent, à cette extrémité de la vie, purement érythémateuses et peu œdémateuses, comme chez le premier malade que je vous ai présenté.

La congestion érythémateuse des mains ou plus exactement des extrémités, qui chez certains sujets apparaît dès que la température extérieure s'abaisse et qui constitue une des formes du syndrome connu sous le nom de maladie de Raynaud, est une cause prédisposante importante. Chez les jeunes sujets, l'insuffisance de la circulation périphérique qu'elle traduit doit être attribuée surtout à la parésie du système vaso-moteur ; chez les sujets âgés, elle relève principalement de l'athérome qui entrave la circulation locale et dont les effets sont accentués encore par l'affaiblissement du myocarde et par la dyscrasie sanguine dépendant de la néphrite interstitielle sénile. Il faut bien observer, d'ailleurs, que l'asphyxie des extrémités n'est pas fatalement suivie d'engelures et que celles-ci peuvent se développer en terrain non asphyxique.

L'alimentation défectueuse ou insuffisante facilite singulièrement le développement des engelures : celles-ci sont presque de règle en hiver chez les miséreux pour lesquels un repas réconfortant et une nuit passée à couvert sont accidents également rares. Pendant le siège de Paris, les engelures ont été extraordinairement fréquentes et graves : le régime alimentaire voisin de l'inanition auquel étaient soumis les Parisiens y a eu une part, qui est venue s'ajouter à la rigueur de l'hiver de 1870-1871.

L'inactivité facilite le développement des engelures : tel jeune homme qui, dans sa vie de collège, n'a pas cessé d'en être atteint, ne les voit plus reparaître pendant son service militaire, alors que, exposé plus que jamais aux atteintes du froid extérieur, il est obligé de se livrer à des exercices plus réguliers et plus violents.

Le froid, aidé par des conditions défectueuses de circulation et de fonctionnement de l'économie, est la cause des engelures ; ainsi s'expliquent la réapparition de celles-ci chaque année au retour de la saison froide, leur persistance jusqu'au commencement du printemps. Le froid agit plus efficacement encore lorsqu'il exerce ses effets sur la peau mouillée, insuffisamment essuyée et lorsque, à son intervention, succède brusquement celle de la chaleur : c'est là, d'ailleurs, ce qui se produit également pour les gelures, qui peuvent souvent être évitées si l'on a soin de réchauffer progressivement et lentement les parties exposées au froid : la dilatation vasculaire que provoque le retour trop rapide de la chaleur, est suivie d'une paralysie des vaisseaux, laquelle se traduit ici par l'érythème, là par la gangrène ; ce mécanisme intervient non seulement dans la production des engelures, mais encore dans la provocation des troubles fonctionnels qui les accompagnent.

Les seules affections que l'on soit exposé à confondre avec les engelures sont les affections de type érythémateux développées sur les extrémités, érythème polymorphe, l'asphyxie des extrémités, certaines formes de lupus vulgaire, de lupus érythémateux, de lèpre.

Deux caractères, tirés de l'évolution de l'affection, dominent ce diagnostic différentiel, à savoir : la reproduction saisonnière des engelures, l'exagération des troubles fonctionnels, du prurit surtout, en passant du froid au chaud. Ces deux caractères résument à eux seuls, d'une façon schématique, mais en réalité, absolument exacte en clinique, toute la discussion du diagnostic des engelures : je ne saurais, en entrant dans le détail des différents caractères morphologiques de cette affection, vous indiquer une particularité de quelque importance et suffisamment constante qui vous permette de la distinguer des autres érythèmes des extrémités.

Les conditions qui prédisposent au développement des engelures montrent quelle importance doit avoir, dans leur traitement et dans leur prophylaxie, la médication générale reconstituante. L'huile de foie de morue, les préparations d'iode, d'iodure de fer et d'arsenic sont indiquées pour ainsi dire dans tous les cas et leur emploi régulier et prolongé permettra souvent d'atténuer dans des proportions énormes la tendance de certains sujets à être atteints d'engelures.

Le sulfate de quinine, médicament vaso-moteur par excellence, rendra souvent aussi de grands services dans une affection où les troubles circulatoires des extrémités jouent un rôle incontestable. M. Besnier a préconisé l'emploi prolongé de ce médicament, dont il a obtenu parfois des résultats inespérés. M. Brocq s'est bien trouvé de l'association de sulfate de quinine et de l'ergotine, à la dose de 10 à 20 centigrammes avec la poudre de digitale (1 à 2 centigrammes) et l'extrait de belladone (2 à 4 milligrammes), sous la forme de pilules dont l'emploi était prolongé pendant tout l'hiver.

Les inhalations d'oxygène, qui activent les échanges nutritifs et qui donnent si souvent des résultats remarquables dans l'asphyxie des extrémités, sont tout indiquées chez les sujets que l'état languissant de leur circulation prédispose aux engelures.

L'exercice régulièrement fait, la marche, la gymnastique, les affusions froides, les lotions générales excitantes seront également des moyens de prophylaxie

Digitized by Google

extrêmement utiles chez la plupart des sujets auxquels l'expérience antérieure a montré leur tendance au développement de cette infirmité.

Le rôle que jouent, dans le développement des engelures, les causes locales et en particulier l'action directe des agents thermiques fournit des indications prophylactiques qui ne doivent pas être négligées.

Les mains doivent être couvertes, pendant le séjour à l'air, de gants suffisamment épais, en évitant cependant de se servir de gants de laine trop rude.

La toilette des mains, comme celle du visage, ne doit jamais être faite à l'eau froide, mais à l'eau chaude, et après la toilette, elles doivent être essuyées avec soin, jamais séchées devant le feu, mais poudrées à l'amidon ou au talc pour enlever toute trace d'humidité. Le séjour prolongé des mains dans l'eau et surtout dans l'eau froide ou dans l'eau savonneuse devra être évité.

Les chaussures doivent être larges, sans excès, la pression du pied sur le soulier favorisant l'action du froid. Elles doivent être suffisamment épaisses, pour protéger le pied contre l'action du froid, surtout par les temps de neige. Lorsque l'hyperhidrose accompagne, comme cela est fréquent, les troubles asphyxiques, on recourra aux pédiluves répétés et on poudrera avec l'amidon ou le talc, additionnés de 1 à 2 0/0 d'acide salicylique.

Les chauffrettes, surtout les chauffrettes à charbon, seront absolument proscrites et les pieds ne devront jamais être exposés, pour les sécher ou pour les réchauffer, à l'action d'un foyer de chaleur. Lorsque les pieds sont froids, le mieux est de les frictionner avec un linge ou une flanelle légèrement chauffée.

Les bains locaux, légèrement tanniques (décoctions de feuilles de noyer, de feuilles de frêne, de feuilles d'eucalyptus, d'écorce de chêne, etc.) de 5 à 6 minutes de durée, constituent un moyen très utile pour prévenir les engelures, en augmentant la résistance de l'épiderme.

L'usage de savon camphré, ou d'une pommade camphrée (camphre 5 gr., vaseline 30 gr.) appliquée pendant la nuit, nous a souvent paru efficace pour empêcher le developpement des engelures chez les sujets prédisposés. Il en est de même des frictions légères avec une flanelle imprégnée d'alcool camphré, préconisées par M. Besnier.

Lorsque les engelures se sont développées, si les lésions sont peu intenses, caractérisées seulement par quelques taches rouges, peu étendues, à peine saillantes, les différents modes de traitement que je viens de vous indiquer à titre préventif, en particulier les bains locaux astringents, les préparations camphrées, les poudres absorbantes, seront encore indiqués.

Mais si elles sont plus marquées, si les taches sont larges, étendues, saillantes, il convient de leur associer ou de leur substituer par d'autres topiques, pommades, ou collodions. Les substances qu'on leur incorpore sont destinés à augmenter la consistance de la pommade, comme l'oxyde de zinc, ou à calmer le prurit, comme les opiacés, l'acide phénique, le menthol, ou sont douées de propriétés résolutives comme les sels de plomb ; le plus employé de ceux-ci est le sous-acétate qui, grâce à son acide organique, est un antiprurigineux.

Lorsque les lésions sont constituées par des éléments rouges, avec peu ou pas d'infiltration dermique, les pommades à l'oxyde de zinc, additionnées d'une faible quantité d'acide phénique ou de menthol telles que les suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc | | 10 grammes |
| Acide phénique | | 0,50 cent. |
| Vaseline | ãã | 15 grammes |
| Lanoline | | |

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc | | 10 grammes |
| Menthol | | 20 à 30 centigr. |
| Vaseline | ãã | 15 grammes |
| Lanoline | | |

suffisent à calmer le prurit et à faire disparaître rapidement les lésions.

Si les éléments sont plus saillants, plus inflammatoires, on recourra de préférence aux pommades renfermant des sels de plomb, par exemple les suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Sous-acétate de plomb | | 2 grammes |
| Acide phénique | | 0,50 cent. |
| Oxyde de zinc | | 15 grammes |
| Vaseline | ãã | 20 — |
| Lanoline | | |

| | | |
|---|---|---|
| Sous-acétate de plomb | | 2 grammes |
| Sous-nitrate de bismuth | | 6 — |
| Laudanum de Rousseau | | 1 — |
| Vaseline | ãã | 10 — |
| Axonge | | |
| Lanoline | | |

dont les formules peuvent être modifiées.

Les collodions élastiques simples, ou additionnés d'iodoforme, de salol, et mieux encore le collodion à l'acétone qui couvre mieux et ne produit pas les fissures si fréquentes après l'emploi du collodion ordinaire et dont voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Fulmicoton | | 3 grammes |
| Acétone | | 20 — |
| Ether | ãã | 10 — |
| Alcool | | |
| Huile de ricin | | 4 — |

forment d'excellents protecteurs pour les surfaces atteintes d'engelures, et calment bien le prurit ; mais ils ne doivent jamais être étendus ni sur les engelures ulcérées ni sur celles dont l'épiderme est soulevé par une collection liquide.

Lorsque les engelures résistent aux topiques précédents, les pommades au nitrate d'argent, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième, ou avec la teinture d'iode hâteront souvent leur résolution ; mais ces substances ne peuvent être employées sur la

Digitized by Google

face, en raison de la coloration qu'elles donnent aux téguments.

L'épiderme se soulève-t-il sous forme de bulles ou de phlyctènes semblables à celles produites par un vésicatoire, le traitement consistera dans l'ouverture aseptique de tous les soulèvements épidermiques, au moyen des ciseaux et dans un pansement à plat soit avec la vaseline boriquée, soit avec le liniment oléo-calcaire fraîchement préparé et additionné de un deux centième d'acide phénique.

Si les soulèvements épidermiques sont déjà rompus et si les engelures sont ulcérées, on doit, après lavage avec une solution faible de sublimé, panser à la vaseline boriquée ou recouvrir d'emplâtres non irritants : emplâtre à l'oxyde de zinc, emplâtre boriqué simple, emplâtre au dermatol, emplâtre rouge de Vidal. Si les ulcérations ne présentent pas de tendance à la réparation, on les touche tous les deux jours au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode et on les panse à l'eau-de-vie camphrée, à la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau, ou au vin aromatique. Ces pansements doivent être faits avec soin, particulièrement aux orteils, au niveau des commissures interdigitales, où il est bon, suivant la recommandation de M. Besnier, d'interposer de petits tampons d'ouate hydrophile.

# THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

## La constipation des bébés

(*Selles normales. — Symptômes. — Accidents locaux et généraux. — Diagnostic. — Etiologie. — Traitement.*)

Accidents locaux. — La *hernie ombilicale* est fréquente, mais elle demande à être interprétée; cette petite hernie en doigt de gant est un fait banal chez les bébés et, bien souvent sans importance, en rapport avec le développement insuffisant de la paroi abdominale et guérissant avec l'accroissement général du corps. Aussi, chaque fois qu'on la constate, il ne faut pas se hâter de conclure à la constipation comme cause de cet accident. La hernie peut même engendrer la constipation au lieu d'en être l'effet, le Dr Simon l'a prouvé en montrant des petits dyspeptiques résistant aux traitements les plus logiques et guérissant, par la seule application d'un bandage maintenant réduites ces petites hernies sans importance en apparence (1).

Les efforts anormaux de la défécation entraînent souvent l'issue au dehors de l'extrémité inférieure de l'intestin; les premières fois, *ce prolapsus du rectum* se réduit spontanément ou une compression légère suffit, mais par suite de sa répétition, il s'établit peu à peu d'une façon permanente et devient tenace et difficile à guérir.

La *fissure anale* est l'incident le plus pénible, car, en outre des douleurs vives qu'elle occasionne, elle devient une nouvelle cause de constipation par suite du spasme qu'elle détermine; engendrée par la constipation, elle contribue à son tour à l'entretenir et même à l'augmenter. C'est à son existence qu'il faut attribuer les stries sanglantes que présentent les matières.

L'irritation de l'intestin provoquée par la stagnation des matières détermine des *troubles dyspeptiques* variés et légers d'ordinaire : manque d'appétit, refus de téter, vomissements après les tétées, enduit saburral de la langue, éructations abondantes, coliques, flatulence. On ne sait à quoi attribuer ces petites misères courantes de l'élevage des enfants, l'alimentation est bien réglée, les meilleures conditions d'hygiène sont réalisées et cependant le bébé donne des pesées insuffisantes et ses digestions laissent à désirer. On ne pense pas assez souvent à chercher du côté des garde-robes ; à cet égard il ne faut pas s'en rapporter au dire des parents et des nourrices. Quand on leur demande, ils vous répondent toujours : « C'est très bien », tant qu'il n'y a pas de diarrhée; il faut exiger que l'on conserve toutes les garde-robes des 24 heures. C'est la seule façon d'être renseigné et on aura ainsi bien souvent l'explication de troubles digestifs qui paraissaient inexplicables. Le mot constipation n'a pas le même sens dans la bouche des mères et dans celle des médecins.

Quand la constipation habituelle n'est pas combattue de bonne heure, l'irritation de l'intestin augmente, devient permanente et aboutit, vers 18 mois, à un état chronique dont l'*entérite muco-membraneuse* est l'expression la plus fréquente. Cette affection, si tenace chez les enfants, serait évitée bien souvent, on peut le dire, si l'on surveillait davantage la régularité des garde-robes pendant les premières années. Le foie subit le comtre-coup de cet état inflammatoire et présente de temps en temps des *poussées congestives*. Une fillette de vingt mois, constipée depuis sa naissance, a des garde-robes très irrégulières : « il n'y a pas une selle qui se ressemble : tantôt dure, tantôt pâteuse, tantôt liquide et de couleur variée du noir foncé au brun ou au jaune ou au gris et cela dans la même journée. » Toutes les trois ou quatre semaines, cette enfant est atteinte de crises violentes évoluant de la façon suivante : elle est couchée le soir bien portante après une journée qui n'a rien présenté de particulier; au milieu de la nuit, elle est réveillée par des douleurs de ventre, suivies bientôt de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le lendemain : abattement, vomissements de bile répétés, foie volumineux et douloureux, teinte subictérique des conjonctives; un lavement amène l'expulsion de matières blanches, dures, divisées en petites boules et pendant trois jours, laxatifs et lavements combinés provoquent l'évacuation de matières de même nature et d'une abondance qui surprend. L'appétit et le bon état général reviennent rapidement dès que la vacuité de l'intestin est obtenue.

(1) Carron de la Carrière. Troubles nerveux et digestifs dus aux hernies chez les enfants, 1895, page 388.

Digitized by Google

Accidents généraux. — Les accidents généraux sont la conséquence de la stercorémie et d'une véritable auto-intoxication se manifestant surtout sur la peau et le système nerveux. Que d'*éruptions cutanées* des bébés liées à la stase fécale et aux fermentations intestinales : l'urticaire, l'eczéma séborrhéique, le prurigo résistent à tout traitement local, si ingénieux qu'il soit, tant qu'on n'a pas modifié l'alimentation et régularisé les fonctions de l'intestin. Ce sont des exemples types de ces maladies de la peau dont la manifestation locale est le reflet du mauvais état général et dont le traitement curatif doit être un traitement général ; le traitement local n'est que palliatif, il ne peut que calmer les phénomènes de démangeaison ou de cuisson pénible sans supprimer la maladie elle-même.

Mais c'est au point de vue *nerveux* que les manifestations liées à la constipation revêtent le plus de variétés et d'intensité : énervement, agitation, insomnie, cris continuels, céphalée, convulsions même. — Un bébé nous est amené « parce qu'il n'a pas de sommeil », se réveille au moindre bruit ; un autre parce qu'il est toujours excité et crie continuellement; il n'y a pas d'explication apparente, pas de hernie ni d'ectopie testiculaire. C'est un constipé. — Un autre, âgé de huit mois, a de temps en temps de véritables crises : cris continuels, tête chaude, front plissé, les yeux à demi-clos, se cache dans les bras de sa nourrice, détournant la tête de la lumière ; le père qui est un migraineux reconnaît à ce tableau une analogie avec ce qu'il ressent lui-même et, en effet, c'est bien le même mal ; les garde-robes sont rares, dures, moulées, argileuses. — Bouchut rapporte le cas d'un bébé robuste qui avait des convulsions passagères n'ayant d'autre cause que la constipation. — J. Simon, en traçant, de main de maître, le tableau de l'irritation cérébrale, a montré le rôle important que la constipation habituelle joue dans l'éclosion de ces diverses manifestations sur un terrain préparé.

D'autres fois, ce sont des *accès de fièvre* irréguliers, usrvenant surtout le soir, assez intenses, assez répétés pour pouvoir faire craindre l'invasion d'une affection générale encore non déclarée. Jules Simon a cité des cas où l'on soupçonnait un début d'état typhique ; j'ai observé un bébé de 20 mois chez lequel la fièvre revenant plusieurs jours de suite, aux mêmes heures, on pensait à la possibilité de la fièvre intermittente, l'enfant avait passé l'été en Sologne ; des purgatifs, répétés pendant plusieurs jours amenèrent l'évacuation de matières dures, très abondantes et la cessation de phénomènes fébriles.

Le Diagnostic de la constipation d'un bébé ne présente guère de difficulté, il suffit de signaler la *rareté des garde-robes par alimentation insuffisante* et le *rétrécissement congénital de l'intestin*. Quand, au cours d'un allaitement au sein, marchant régulièrement jusque-là, les selles diminuent, la première enquête à faire est l'examen de la nourrice ; la quantité de lait prise à chaque tétée peut être devenue insuffisante, ou le lait, tout en étant assez abondant, a perdu en qualité, il est clair, bleuâtre, contient peu de principes nutritifs et devient pour l'enfant une tisane qui le fait beaucoup uriner sans le nourrir. Dans les deux cas, l'enfant n'a pas de garde-robes parce qu'il n'a rien à rendre. Si on pratique, comme on le doit, les pesées régulières, on sera averti de suite de ces modifications ; il faut, en tout cas, y recourir, car c'est le seul moyen de faire le diagnostic.

Etiologie. — Le bébé est plus particulièrement prédisposé à la constipation pour deux raisons : l'*hérédité* et la *conformation spéciale de l'intestin*. L'hérédité joue un rôle important chez beaucoup d'enfants, l'arthritisme des parents se manifeste par une atonie intestinale dès la naissance ; si bonnes que soient les conditions d'alimentation, le bébé est constipé par le seul fait du fonctionnement irrégulier de l'organe qui porte le poids de la tare héréditaire. D'autre part, le gros intestin présente des inflexions et des replis multiples plus accentués que chez l'adulte et l'exagération de cette disposition, au niveau de l'S iliaque, constitue une véritable malformation qui explique à elle seule la constipation habituelle des nourrissons (Marfan).

Ces deux motifs sont le plus souvent les seules causes de cette constipation spéciale du premier âge que nous venons de décrire. Il s'y adjoint quelquefois des causes accidentelles qui dérivent d'une *alimentation trop abondante ou défectueuse*. Si l'enfant est nourri au sein : lait trop gras, trop riche en caséine, tétées trop abondantes ou trop fréquentes ; alimentation trop riche en viande pour la nourrice, sa vie trop sédentaire, son manque d'air et de mouvement. Ce n'est qu'à titre de raretés qu'on cite les cas où une nourrice donnait à son nourrisson des préparations opiacées pour calmer ses cris et cacher l'insuffisance du lait.

L'emploi du *lait stérilisé* favorise la constipation, même quand il est bien supporté par l'enfant. La couleur blanche des garde-robes, en ce cas, tient à la non-digestion d'une partie du lait et non à l'absence de pigments biliaires, puisqu'il suffit d'agiter ces matières avec de l'éther pour voir apparaître une coloration jaune. La cause du durcissement du bol fécal dans l'alimentation avec le lait de vache est attribuée par Bohn à sa trop grande richesse en caséine, par Jacobi à sa pauvreté en sucre, par Wiederhofer à sa pauvreté en graisse, par Henoch à sa richesse en sels calcaires (Marfan).

L'alimentation prématurée avec les farineux, un sevrage mal réglé provoquent des troubles dyspeptiques, alternatives de diarrhée et de constipation à la suite desquelles le terrain est tout préparé pour une atonie intestinale chez un sujet déjà prédisposé par un hérédité.

Au point de vue du traitement, la première indication est de s'occuper de l'*alimentation*.

Digitized by Google

*A*. L'enfant est nourri au sein : la constipation peut tenir à un excès de caséine ou à l'insuffisance de la lactose du lait de la nourrice (Jacobi).

1° Modifier le régime de la nourrice, rendre son lait moins gras, moins riche en caséine en diminuant les aliments azotés, viande noire, féculents, vin, et en augmentant les légumes verts — maintenir la quantité du lait par l'administration du galéga :

| | |
|---|---|
| Extrait aqueux de galéga..... | 50 grammes |
| Eau distillée..... | 50 — |
| Sirop de sucre..... | 900 — |

4 à 8 cuillerées à soupe par jour.

— exiger de fréquentes sorties, de l'exercice.

2° Régler le nombre et l'abondance des tétées suivant l'âge de l'enfant ; pour remédier à l'insuffisance de la lactose, donner au bébé une cuillerée à café d'eau très sucrée avant chaque tétée.

*B*. L'enfant est élevé au biberon avec le lait stérilisé. Ajouter au lait un peu de sucre et le couper avec la décoction d'orge dans la proportion de 20 grammes pour 100 grammes de lait. Cette tisane, vantée depuis Hippocrate, doit être préparée à nouveau chaque jour, afin d'éviter toute fermentation, elle est préférable à l'eau pure, car le lait de vache contient déjà moins de graisse que le lait de femme, par l'addition d'eau on diminue encore la proportion de la graisse et la tisane d'orge apporte un élément nutritif utile ; elle contient une grande quantité de phosphates et son action sur la croissance des os est incontestable ainsi que l'ont démontré les expérimentations sur les jeunes animaux.

*C*. L'enfant prend déjà des bouillies ou est au moment du sevrage. Employer les farines qui ont la réputation d'être moins constipantes : arrow-root, avoine, crème d'orge, maïzaline ; donner un repas avec du bouillon, de poulet de préférence, additionné de tapioca ou de minces tranches de pain que l'on laisse cuire dedans ; on peut aussi, chez les enfants plus jeunes, couper le lait avec ce bouillon. Fraîchement préparé et bien dégraissé, le bouillon est un élément excellent, injustement décrié, et d'une précieuse ressource chez certains petits dyspeptiques qui, parfois, le digèrent mieux que le lait et chez les enfants qui, comme j'en ai constaté des exemples, ont, à partir de quatorze mois environ, un dégoût insurmontable du lait.

La bonne direction de l'alimentation sera insuffisante le plus souvent pour obtenir, à elle seule, la régularité des garde-robes, paree quelle ne peut rien contre les causes primordiales : l'hérédité et la conformation spéciale de l'intestin. A cet état permanent, il faut opposer une thérapeutique qui puisse réaliser les conditions suivantes : agir d'une façon constante ; être suffisamment active pour procurer chaque jour le résultat voulu ; être en même temps inoffensive pour pouvoir être employée tous les jours sans inconvénient.

Cette médication, nous l'avons — ainsi que le Dr Simon l'a montré — dans l'emploi combiné, méthodique et quotidien du *massage* des *laxatifs* et des *lavements* ou *suppositoires*.

1° Chaque matin, *massage du ventre* avec la paume de la main enduite de vaseline ; l'enfant reposant à plat sur un lit, on fait des frictions en cercle autour de l'ombilic ; on se place de préférence à droite de l'enfant afin que la main aille naturellement de bas en haut au niveau de la fosse iliaque droite et de haut en bas au niveau de la fosse iliaque gauche ; la pression exercée est légère, « l'effleurage » suffit et le mot dit bien la chose ; chaque séance dure dix minutes.

Cette simple manœuvre suffit pour les bébés de la première année ; pendant la seconde année, quand la constipation est très marquée, on peut essayer de faire un massage s'adressant plus directement au gros intestin avec la pulpe des quatre derniers doigts, on fait des frictions longitudinales partant de l'aine droite pour remonter de bas en haut jusqu'au niveau des côtes, passer transversalement dans la région épigastrique et descendre verticalement de haut en bas sur le côté latéral gauche du ventre jusqu'à l'aine gauche ; la pression, tout en restant douce, est un peu plus accentuée que dans la friction circulaire précédente, et s'exerce, autant que faire se peut sur un ventre si petit, sur le trajet du gros intestin et dans le sens que doivent suivre les matières.

Enfin, quand l'atonie intestinale intense a résisté aux premiers moyens, on pratique un véritable pétrissage des intestins ; le bébé tétant couché sur le côté droit, on saisit entre les deux mains la masse intestinale que l'on malaxe légèrement, pendant quelques minutes.

2° Comme *laxatif*, l'*huile de ricin* et la *magnésie* suffisent pour parer à tous les cas ; leur dosage facile, leur action fidèle, leur innocuité complète en rendent l'emploi précieux.

L'huile de ricin peut être donnée dès les premiers mois à dose d'une cuillerée à café, elle est indiquée quand l'enfant est constipé depuis longtemps et qu'il y a besoin de faire un nettoyage de son intestin, se rétablir sa perméabilité, d'éliminer les matières qui l'encombrent. On donne une cuillerée à café pendant deux ou trois jours de suite, jusqu'à ce qu'on ait obtenu des évacuations de consistance molle, pâteuse et uniforme et que l'on suppose la « liquidation » complète. A cet égard, il faut éviter une erreur possible : un bébé de onze mois, que je soigne en ce moment, était tellement constipé qu'il rendait des matières moulées crayeuses ; à la suite de la seconde dose d'huile on me montre des garde-robes comme étant diarrhéiques, elles étaient composées en effet d'un liquide blanchâtre, mais nageaient au milieu des matières encore moulées et dures, c'était l'indice que l'évacuation n'était pas complète et que l'intestin conservait encore des produits anciens qui ne s'éliminaient que par fragments ; ce n'est qu'après la quatrième administration de l'huile que

Digitized by Google

les garde-robes devinrent assez uniformément pâteuses pour qu'ont pût supposer « l'arriéré liquidé ».

Quand cet état est obtenu, la magnésie est un moyen excellent pour entretenir la régularité et la bonne consitance des garde-robes. La magnésie lourde est préférable, mais sa qualité est très importante, et les résultats que l'on obtient sont aussi variables que l'est elle-même la magnésie que l'on trouve dans le commerce. Il faut reconnaître que nous sommes tributaires à cet égard de la pharmacopée anglaise : la magnésie anglaise de bonne marque est bien supérieure. Pourquoi ? c'est ce que je n'ai pu savoir malgré l'enquête que je poursuis toujours sur ce point. Est-ce un tour de main dans la fabrication, qui nous a échappé jusqu'ici, ou ce qu'on nous vend comme magnésie anglaise contient-il autre chose que de la magnésie ? Ce qu'il y a de certain, ce sont les bons effets obtenus : une à trois pincées de magnésie lourde anglaise, données à un bébé de six à huit mois par exemple, produisent un effet laxatif certain. Avec d'autres magnésies, le résultat est douteux ; j'ai dû une fois aller jusqu'à une cuillerée à café de magnésie ordinaire chez un bébé de sept mois pour obtenir une garde-robe. D'autres fois, au contraire, la même dose purge ou occasionne des coliques sans aucune évacuation ; telle dose qui réussira sur l'un sera sans effet ou dépassera la mesure chez un autre : c'est, en somme, un médicament infidèle, occasionnant des mécomptes préjudiciables dans la pratique, au médecin autant qu'à son petit malade. Avec la magnésie anglaise nous avons au contraire une sûreté d'effet constante ; elle est parfaitement anodine, peut être répétée tous les jours sans amener ni coliques, ni irritation de la muqueuse ; c'est le moyen efficace et inoffensif à la fois qu'on peut toujours avoir à sa disposition et que la mère elle-même peut administrer, à dose voulue, suivant les besoins de chaque jour.

Voici la règle que je conseille aux mères ; laisser la journée s'écouler sans intervenir ; vers cinq heures du soir si le bébé n'a pas eu ses deux garde-robes minima, donner un lavement ou un suppositoire et, d'après la quantité et la consistance du produit rendu, administrer plus ou moins de magnésie, de une à trois pincées ou, pour mieux préciser, de une à trois petites cuillerées à sel de table ; chaque pincée est prise dans un peu de lait immédiatement avant une tétée : l'enfant l'accepte facilement, si l'on a soin de verser ce petit mélange au fond de la bouche. Chez certains, il suffit même de mettre la magnésie sur la langue et de les faire téter immédiatement après : ils l'avalent en même temps que la première gorgée de lait. La magnésie n'agit que douze heures environ après sa prise et prépare ainsi l'évacuation du lendemain.

3° Pour obtenir l'évacuation immédiate des matières qui séjournent dans les dernières portions de l'intestin, nous avons à notre disposition les *suppositoires* et les *lavements*. Les suppositoires ont acquis une grande perfection dans ces derniers temps et leur emploi s'est généralisé : qu'il soit au beurre de cacao, seul ou associé à la glycérine, ou qu'il soit à la glycérine pure, l'effet est le même, toujours bien supporté, facile d'application ; c'est un moyen propre dont on peut user chaque jour, et plusieurs fois par jour, pour provoquer les contractions de la dernière partie de l'intestin.

Le lavement, tout en réalisant le même but, a une action plus complexe, il provoque des mouvements péristaltiques de tout l'intestin et agit comme calmant et détersif sur la muqueuse irritée à la manière d'un gargarisme. Pour le donner, je proscris la poire en caoutchouc qui présente de nombreux inconvénients : impossible de vérifier sa propreté et de mesurer exactement la quantité de liquide injecté ; quelque soin qu'on prenne, on introduit toujours dans l'intestin un peu d'air qui détermine des coliques, de plus elle ne se vide jamais complètement et malgré une pression que l'on croit uniforme, elle contient toujours du liquide quand on la retire. Mieux vaut se servir de seringue dont le corps de pompe est en verre et le reste en caoutchouc durci ; on peut ainsi se rendre compte de la propreté de l'instrument aussi bien que de la quantité et de la pureté du liquide contenu ; chasser l'air complètement et introduire la quantité exacte que l'on désire : 50 grammes pour les six premiers mois, 100 grammes jusqu'à un an, 150 grammes à partir d'un an. Comme liquide, l'eau bouillie suffit, soit pure, soit sous forme de décoction de guimauve ou de camomille en recommandant bien aux *nurses* de la laisser refroidir jusqu'à la température tiède indifférente sans y ajouter d'eau froide ; pour rendre le lavement plus actif, l'additionner de deux à quatre cuillerées à soupe d'huile d'amandes douces.— Dr Carron de la Carrière, *ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades.*

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Contre les fièvres gastro-intestinales** simples, de la seconde enfance (Grasset).

Purger avec :

| | |
|---|---|
| Calomel | 0,25 à 0,40 centigr. |
| Lactose | 0,50 centigrammes |

A prendre dans une cuillerée de lait.

Ou bien :

| | | |
|---|---|---|
| Calomel | | 0,03 centigr. |
| Lactose | ãã | 0,30 — |
| Benzo-naphtol | | |

Pour un paquet à prendre toutes les trois heures dans du lait. 4 par jour. Benzo-naphtol et bétol à l'intérieur. *(Gaz. hôp.)*

**Contre l'ophtalmie des nouveau-nés** (Scott) :

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate d'hydrastine | ãã | 0,25 centigr. |
| Acide borique | | |
| Biborate de soude | | |
| Teinture d'opium | | 5 grammes |
| Eau distillée | | 25 — |

Instiller quelques gouttes d'heure en heure. Dans l'intervalle, irrigation avec de l'eau bouillie tiède. *(Gaz. hôp.)*

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### Traitement du cancer de l'estomac

Deux choses sont nécessaires dans ce traitement : 1° un régime et 2° un traitement médicamenteux. Les grandes indications du régime sont, d'après A. Robin (*Bull, thér.*, décembre 1896), de diminuer ou de supprimer les albuminoïdes, d'arrêter les fermentations vicieuses et d'augmenter la ration des féculents. En ce qui concerne la viande, on ne la supprimera que si le pylore ou l'intestin sont touchés ; on supprimera les aliments facilement fermentescibles, et on insistera sur le régime végétal. Les malades doivent boire peu ; le lait ne sera donné en boisson que si le malade le supporte ; le régime lacté absolu ne sera indiqué que quand les malades viennent d'avoir des hématémèses ou pendant la période des vomissements incoercibles.

La médication pharmaceutique se divise en médication anticancéreuse et médication symptomatique. La première est représentée par trois médications :

1° Le *condurango* administré suivant la méthode de Frerichs :

| | |
|---|---|
| Ecorce de condurango..... | 15 grammes |
| Eau..... | 360 — |

Faire macérer 12 heures et réduire à 180 grammes par ébullition ; une cuillerée à soupe trois fois par jour.

2° Le *chlorate de soude*, absolument contre-indiqué en cas d'albuminurie :

| | |
|---|---|
| Chlorate de soude..... | 8 grammes |
| Eau distillée..... | 100 — |

Par cuillerées à café dans la journée.

3° L'*aristol*, en pilule de 10 centigrammes, 3 ou 4 par jour.

La médication symptomatique répond aux indications suivantes :

1° *Réveiller l'appétit*, et, à cet effet, on prescrira les strychniques, le vin thériacal et, dix minutes avant le repas, un des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Chlorure d'ammonium..... | 0,15 centigr. |
| Bicarbonate de soude..... | 0,26 — |
| Poudre de Dower..... | 0,10 — |

2° *favoriser la digestion*, ce que l'on atteindra en donnant de l'acide chlorhydrique pour suppléer à l'anachlorhydrie des cancéreux, et en donnant au milieu du repas un cachet de :

| | |
|---|---|
| Pepsine..... | 0,50 centigr. |
| Maltine..... | 0,10 — |
| Pancréatine..... | 0,10 — |

3° *Diminuer les fermentations* avec soit du soufre sublimé à la dose de 15 centigrammes, soit du soufre ioduré à 2 0/0 à la dose de 25 à 50 centigrammes dans un cachet à la fin du repas. Au milieu du repas, on peut donner une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Fluorure d'ammonium..... | 1 gramme |
| Eau..... | 300 — |

et à la fin du repas un peu de naphtol granulé.

4° *Combattre les vomissements* soit avec les opiacés, l'eau chloroformée, la cocaïne en solution à 15 centigrammes pour 150 grammes d'eau (une cuillerée à café) ou bien encore en donnant 5 minutes avant les principaux repas, V à VIII gouttes de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Picrotoxine..... | 0,05 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine..... | 0,05 — |
| Sulfate neutre d'atropine ..... | 0,01 — |
| Eau de laurier-cerise..... | 10 grammes |

5° *Combattre les hémorragies*, leet ici l'ergotine est médicament le plus efficace. Dans les cas de petites hémorragies on pourra donner :

| | |
|---|---|
| Acide tannique..... | 0,60 centigr. |
| Poudre d'opium brut..... | 0,15 — |
| Sucre en poudre..... | 1 gramme |

Pour 6 cachets ; un toutes les quatre heures.

ou bien donner de 1 à 3 dragées de perchlorure de fer au milieu des principaux repas.

6° *Combattre les douleurs* et alors appliquer au creux épigastrique l'épithème suivant :

| | |
|---|---|
| Emplâtre de diachylon..... | ãã 5 parties |
| — thériacal..... | |
| Extrait de belladone..... | ãã 1 partie |
| — ciguë..... | |
| — jusquiame..... | |
| Acétate d'ammoniaque..... | 2 parties |

ou un vésicatoire saupoudré de morphine. On pourra administrer la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium..... | 6 grammes |
| Chlorhydrate de morphine.... | 0,05 centigr. |
| Eau de laurier-cerise..... | 10 grammes |
| Sirop d'éther..... | 30 — |
| Eau distillée de tilleul..... | 120 — |

7° *Combattre le pyrosis*, en donnant par jour 1 à 4 des paquets suivants :

| | |
|---|---|
| Magnésie décarbonatée..... | 0,60 centigr. |
| Poudre d'opium..... | 0,02 — |
| Sous-nitrate de bismuth..... | 0,20 — |
| Bicarbonate de soude..... | 0,75 — |

8° *Combattre par les moyens ordinaires la constipation ou la diarrhée.*

9° *Reconstituer* les forces par les injections sous-cutanées de glycérophosphates. — M. D.

Digitized by Google

**Traitement des vomissements par le menthol.** — M. Morel-Lavallée a préconisé le traitement suivant des vomissements incoercibles :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0,10 centigr. |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0.20 — |
| Alcool | 60 grammes. |
| Sirop simple | 30 — |

A prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure.

M. Mathieu vient à nouveau de vanter les bons effets du menthol contre les vomissements alimentaires des tuberculeux. Le menthol est donné de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Menthol | 0,20 centigr. |
| Julep gommeux | 50 grammes. |

Bien agiter avant de s'en servir. — 2 à 4 cuillerées à bouche espacées après le repas.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux provoquées par l'ingestion des aliments sont supprimées ou très atténuées; elles n'entraînent plus le vomissement. Le menthol est dans ces cas, un excellent succédané de l'eau chloroformée et de la glace.

M. Ferrand, étant d'avis que l'élément spasmodique joue un très grand rôle dans la pathogénie de ces vomissements, préconise les badigeonnages au pinceau de la région pharyngée avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium | 5 grammes. |
| Glycérine | 50 — |

Badigeonnages pratiqués soit au moment des quintes de toux, soit avant le repas, et qui, en diminuant la sensibilité du pharynx, modifient favorablement le réflexe provoqué par le passage des aliments. — M. D.

---

**Le lavage du sang dans l'urémie.** — On a employé depuis quelque temps les grandes injections massives de solutions salines ou de sérum artificiel dans le traitement d'un certain nombre d'infections et il était naturel d'en essayer l'emploi dans l'urémie, ainsi que vient de le faire M. Richardière qui consacre à cette question (*Union méd.*, 1896) un article des plus intéressants. Le lavage du sang paraissait être tout d'abord contre-indiqué dans l'urémie, en raison des lésions des reins et de leur imperméabilité; mais on a reconnu depuis lors, que l'intégrité des reins n'était pas une condition absolue du rejet ou de l'emploi de la méthode. Lépine ne fut pas heureux pourtant avec ses malades, et ne retira aucun bénéfice des lavages sanguins pratiqués dans plusieurs cas d'urémie. Par contre, Sahli (de Berne), le promoteur de la méthode dans l'urémie, sauva de cette façon un de ses clients d'une mort imminente; un cas du même genre, d'une gravité moindre pourtant, fut également mené à bonne fin, à la suite de simples injections de sérum artificiel, pratiquées par Bosc (de Montpellier). M. Richardière, enfin, a essayé les injections massives de sérum artificiel dans deux cas d'urémie, et il déclare les résultats obtenus assez satisfaisants pour justifier l'emploi du traitement.

Le lavage du sang était pratiqué de la façon suivante : on faisait d'abord une saignée de 300 à 400 grammes; immédiatement après la saignée, on injectait dans le tissu cellulaire 800 grammes de sérum artificiel porté à la température normale du corps. Le sérum employé, qui était le sérum de Hayem, a toujours été bien toléré et n'a jamais occasionné la formation d'abcès.

Des observations des deux malades traités par les injections massives de sérum artificiel, on peut tout d'abord conclure, ainsi que le fait M. Richardière, en faveur de la parfaite innocuité de ces injections; quoique légèrement douloureuses, elles n'ont jamais donné lieu à aucune réaction locale, bien qu'elles fussent pratiquées en plein tissus œdématiés.

L'action des injections est manifeste sur la température, qui monta d'un degré dans un cas, de deux dans l'autre; d'autre part le pouls, qui était d'une rapidité excessive, devint plus lent; la respiration qui était irrégulière chez un des malades, avec le type de Cheyne-Stokes, se régularisa, et chez le second malade, baissa de 38 à 26 respirations par minute.

Un résultat constant est l'augmentation remarquable de la quantité d'urines émises dans les 24 heures, puisque, pour ne citer qu'un des cas, chez un des malades qui n'émettait que 500 grammes d'urines, ces dernières s'élèvent rapidement, à la suite de l'injection, à 1.250 grammes.

Il y a un phénomène qu'on observe quelque fois à la suite de ces injections : c'est la diarrhée, qui, en somme, ne peut être regardée que comme un résultat heureux dans l'urémie, puisqu'elle sert à éliminer un certain nombre d'éléments toxiques.

On peut donc conclure, avec M. Richardière : « élévation de la température, diminution du nombre des battements du pouls, régularisation de la respiration, augmentation de la diurèse, diarrhée, tels sont les phénomènes importants qui suivent les injections massives de sérum artificiel faites à des urémiques. Ces phénomènes sont tous favorables dans un syndrome, en rapport avec une intoxication. Ils justifient pleinement l'emploi de la méthode de lavage du sang, et expliquent la guérison parfois obtenue dans des cas en apparence presque désespérés. » — L. F.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**L'hydarthrose intermittente et son traitement chirurgical.** — Il est une variété d'hydarthrose, peu connue, mal étudiée dans les traités classiques et à laquelle on peut, par l'étude de ses caractères, donner le nom d'hydarthrose intermittente. Elle est absolument différente de l'hydarthose à répétition et le nom d' « intermittente » doit être pris dans le sens de : se reproduisant par accès, à intervalles réguliers. Le Dr Lemême qui en a fait une excellente étude (*Th. doct.*, 1896), en donne la

Digitized by Google

définition suivante : c'est une affection caractérisée par la présence d'un liquide séreux dans la synoviale d'une ou plusieurs articulations, le liquide se reproduisant sans cause déterminante appréciable, par périodes régulières, donnant lieu à des accès d'une durée égale entre eux, les intervalles entre les accès aussi égaux entre eux, tout cela sans accidents appréciables dans l'état général du malade.

Le professeur Panas en fit le premier une étude en France d'après des observations des professeurs Le Dentu et Verneuil ; citons encore les articles de Follin et Duplay, Reclus, Poulet et Bousquet, et les observations publiées dans la thèse de Lemême, qui envisage ainsi l'affection :

Au point de vue étiologique, on peut accuser surtout le traumatisme, l'impaludisme, l'arthritisme. La maladie semble influencée par la grossesse, qui peut jouer, dans certains cas, le rôle de cause prédisposante.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'examen du liquide de la synoviale ne donne rien, ni au point de vue histologique, ni au point de vue bactériologique ; pas de différence avec ce que l'on trouve dans l'hydarthrose ordinaire non symptomatique.

Les théories émises pour expliquer ces phénomènes peuvent être classées comme suit :

1° théorie paludique ; 2° théorie de l'arthritisme ; 3° théorie nerveuse ; 4° théorie de l'infection ; 5° théorie de l'intoxication.

L'auteur penche du côté de cette dernière, et, puisqu'aucune théorie ne peut avoir jusqu'ici une base scientifique solide, admet que l'hydarthrose intermittente semble être sous l'influence d'une intoxication locale primitive, due probablement à des toxines sécrétées par des micro-organismes, toxines qui localisent leur action au niveau des séreuses articulaires ; le caractère d'intermittence pouvant être acquis par la réceptivité du sujet et surtout à cause du climat paludéen où il séjourne. Cette dernière influence n'est pas la cause directe, mais peut imprimer un caractère spécial à la marche de la maladie.

Au point de vue symptomatologique, deux facteurs sont à étudier : l'hydarthrose et l'intermittence.

L'hydarthrose peut frapper plusieurs articulations, ensemble ou séparément. Ce sont les genoux qui sont le plus souvent atteints, puis la hanche, la tibio-tarsienne. Les signes sont ceux d'une hydarthrose ordinaire ; mais ce qu'il y a de particulier, c'est qu'il n'existe pas d'atrophie du triceps.

L'intermittence se caractérise par des accès et des intervalles entre les accès.

Les accès se composent de trois périodes : d'augment, d'état et de décroissance. Chaque période dans l'accès, chaque accès ont une durée régulière chez chaque malade pris isolément ; il en est de même pour les intervalles entre les accès ; de sorte que, chez un même malade, les accès sont tous d'une durée égale dans le cours de la maladie, mais les durées sont différentes chez deux ou plusieurs malades différents. Quelques variations peuvent néanmoins exister, soit sans cause, soit sous l'influence d'un traitement ou d'une cause physiologique : règles, grossesse.

La marche de la maladie se compose souvent d'alternatives de guérisons et de rechutes, mais qui n'ont aucun caractère de périodicité.

Quant à la durée, elle est indéterminée.

La terminaison par la guérison est rare, la maladie est essentiellement chronique ; bien plus, les diverses rechutes montrent que, lorsque le malade se croit guéri, il est toujours exposé à un nouveau retour du mal. Le pronostic est donc relativement sérieux ; la maladie ne met pas la vie en danger, mais le malade est impotent ; c'est une infirmité fort gênante.

Le diagnostic est facile si les antécédents sont nets ; difficiles lorsque l'on a affaire à des malades qui ne savent pas s'observer. On doit rechercher les signes de l'affection, et y songer dans les cas d'hydarthroses à répétitions. C'est surtout avec ces dernières qu'il ne faut pas confondre l'hydarthrose intermittente. L'hydarthrose à répétition n'est qu'une poussée aiguë dans le cours d'une affection chronique, survenant sans aucune régularité dans sa marche ; le plus souvent, elle est symptomatique d'une diathèse ou d'une maladie locale ; ce qui fait le caractère spécial de l'hydarthrose intermittente, c'est sa périodicité, avec état général absolument indemne de toute tare pathologique.

Le traitement médical a donné peu de succès ; le traitement chirurgical, l'arthrotomie, nous semble, seule, pouvoir donner d'excellents résultats.

Elle doit être pratiquée au moment de la période d'état d'un succès autant que faire se peut, au début de l'affection ou au début d'une rechute.

Elle doit consister en une ouverture large, avec contre-couverture, cautérisation au naphtol camphré suivie de drainage.

Le massage consécutif, pratiqué peu de temps après l'arthrotomie, est un adjuvant précieux.

Ce traitement est surtout facilement applicable lorsque l'affection est localisée aux genoux, soit à un seul, soit aux deux, comme c'est du reste la règle ordinaire.

L. Flœrsheim.

## THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

**Traitement de la métrite du col.** — Toute métrite du col comporte généralement deux sortes de lésions : les unes, localisées à l'endomètre cervical, les autres au col proprement dit. Donc, toute thérapeutique de métrite du col, dit le docteur Touvenaint (*Rev. intern. de méd. et chir.*), devra s'adresser à la fois à l'*endométrite cervicale* ou *endocervicite* et à la *cervicite externe*, et être dirigée de la façon suivante :

Pour traiter l'endocervicite, on devra commencer par dilater le canal cervical, généralement atrésié, avec une

Digitized by Google

tige de laminaire ; ceci fait, absterger la muqueuse des glaires qui la recouvrent, faire dans toute la longueur du canal cervical des scarifications avec la herse de Doléris, pour ouvrir les glandes jusque dans l'épaisseur du muscle ; imprégner enfin la surface saignante soit de teinture d'iode, soit plutôt de glycérine créosotée au 1/3. Quand la cautérisation a été suffisante, introduire dans la cavité cervicale un crayon iodoformé.

Dans le cas de cervicite externe, si les lésions (ulcérations, érosions, ectropion) sont récentes et que le travail de sclérose ne soit pas terminé, on peut espérer par un traitement médical arrêter l'évolution du processus. Dans ce cas, après un lavage du vagin et du col au sublimé, on se trouvera bien de pratiquer sur toute la surface de l'ulcération des scarifications au bistouri. Elles ont pour but d'ouvrir les grandes malades et de décongestionner le col grâce à la saignée qui en résulte.

Les scarifications terminées, on débarrassera le col de ses caillots par une irrigation au sublimé ; puis, à l'aide d'un tampon d'ouate monté sur une pince, et bien imbibé de glycérine au 1/3, on badigeonnera toute la surface saignante, en renouvelant le tampon deux à trois fois à chaque séance.

Les culs-de-sac sont alors nettoyés, et l'on projette sur le col une petite quantité des poudres suivantes :

| | |
|---|---|
| Iodoforme | ãã |
| Tannin | |

ou bien :

| | |
|---|---|
| Salol | ãã |
| Tannin | |

ou encore :

| | |
|---|---|
| Acide borique pulvérisé | ãã |
| Tannin | |
| Alun | |

On appliquera ensuite un tampon d'ouate que la malade gardera vingt-quatre heures ; en le retirant, elle pratiquera une injection vaginale d'eau bouillie très chaude, dans laquelle on mettra soit une cuillerée à soupe de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique | 150 | grammes |
| Alcool | 50 | — |
| Glycérine | 100 | — |
| Essence de thym | 4 | — |

soit un des paquets suivants :

| | |
|---|---|
| Sublimé | 0,50 centigr. |
| Chlorure de sodium | 1 gramme. |
| Matière colorante | q. s. |

Pour un paquet n° 20.

Les pansements devront être renouvelés au moins deux fois par semaine.

Mais si les lésions sont anciennes ou étendues, ce traitement est insuffisant ; il peut même être mauvais, en ce sens qu'il peut produire une kératinisation de la muqueuse et laisser au-dessous d'elle des glandes encore infectées. Il n'y a dans ce cas qu'un seul traitement à pratiquer : c'est l'excision de la muqueuse et des glandes malades par l'opération de Schrœder. — L. F.

## THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

**Traitement thyroïdien du lupus vulgaire.** — Divers auteurs (Bramwell, Eberson, Küthe, Zum. Busch, Ewald, etc.) ont signalé l'action favorable de l'extrait de glande thyroïde dans le lupus vulgaire. Les uns ont associé cette médication au traitemenl opératoire ; les autres ont eu recours exclusivement à l'administration interne de l'extrait glandulaire. Récemment, le Dr Metzlar vient de publier les résultats des essais thérapeutiques qu'il a institués chez six malades atteints de lupus, avec de l'extrait sec de glande thyroïde dont 1 gramme correspond à 15 grammes de glande fraîche de mouton (*Nederl. tydschrift v. Geneesk*, n° 19, 1896). La dose de 50 centigr. par jour ne fut jamais dépassée et fréquemment l'amélioration était déjà très manifeste, avec 1/16 de gramme par jour. C'est, en général, avec cette dose que Metzlar commence le traitement, non seulement afin d'éviter toute intoxication, mais encore parce que l'expérience lui a appris que cette dose est fréquemment suffisante, du moins au début. Ultérieurement, lorsque l'amélioration cesse de se produire, on augmente progressivement la dose jusqu'à ce qu'on obtienne la disparition des tubercules lupiques.

Chez deux malades, l'extrait thyroïdien fut administré concurremment avec le traitement chirurgical. Ces deux cas sont donc assez peu probants. Chez les quatre autres, la médication thyroïdienne fut instituée à l'exclusion de tout autre traitement. L'auteur put constater une amélioration frappante de l'état général. Quant à la lésion locale, elle s'améliora d'une façon rapide. Mais, en général, l'action favorable ne se manifeste que pendant le traitement ; du moment que celui-ci est interrompu, la lésion tuberculeuse fait de nouveaux progrès. Cependant, chez une malade la guérison fut complète et s'est maintenue depuis plus d'un an. Quoi qu'il en soit, l'auteur pense que la médication thyroïdienne peut rendre de réels services en cas de lupus vulgaire, ne fût-ce qu'à titre d'adjuvant du traitement chirurgical. — L. Dm.

## PATHOGÉNIE

**De la toxicité urinaire dans la grossesse**, par MM. Labadie-Lagrave et E. Boix. — En 1892, MM. Chambrelent et Demont communiquaient à la Société leurs recherches sur la toxicité de l'urine dans les derniers mois de la grossesse et la trouvaient manifestement au-dessous de la normale.

Les résultats que nous avons obtenus avec l'urine de vingt-trois femmes enceintes confirment leurs conclu-

Digitized by Google

tions, tout en y ajoutant quelques points nouveaux. Les recherches de ces auteurs n'ont porté que sur les 3 derniers mois, nos résultats s'étendent à toute la période de la grossesse.

1° Dès le 2e mois, le coefficient diminue ; notre moyenne est de 0,338.

2° Au cours du 3e mois, il tombe encore et se maintient à peu près égal jusqu'au terme avec une moyenne de 0,217.

3° Après l'accouchement, la toxicité reste diminuée et remonte progressivement à la normale qu'elle n'atteint qu'au bout de 2 mois environ.

D'après ces données, la recherche de la toxicité urinaire peut être un élément précieux de diagnostic de la grossesse même au début.

Mais l'intérêt principal est dans l'interprétation à donner de ces phénomènes :

On avait déjà soupçonné la suractivité fonctionnelle du foie pendant la grossesse. C'est à elle que nous attribuons la destruction plus grande des poisons autochtones, qui pourraient nuire au développement de l'embryon.

Cet équilibre est rompu dès que la cellule hépatique est au-dessous de sa tâche pour une cause quelconque, et dans ces cas l'urine est hypertoxique. Nous avons rencontré trois exemples de cette hypertoxicité dans la grossesse chez des femmes qui présentaient des signes d'insuffisance hépatique (urobilinurie, glycosurie alimentaire).

Ces expériences éclairent, semble-t-il, la pathogénie de l'éclampsie :

D'une part, le rein peut être malade; si le foie est suffisant, l'auto-intoxication éclamptique est conjurée.

D'autre part, le foie peut être insuffisant, l'éclampsie a peu de chance de se produire si le rein garde sa perméabilité.

Vienne maintenant, l'un ou l'autre organe étant déjà malade, l'insuffisance de l'autre, l'auto-intoxication éclamptique se réalise. A plus forte raison si tous les deux sont malades en même temps et sous la même influence.

Conclusion : *Pour faire de l'éclampsie, il faut non seulement un rein altéré, mais encore et surtout un foie fonctionnellement insuffisant*, car, le plus souvent, l'altération rénale sera la conséquence du passage anormal des toxines que le foie ne détruit plus.

Nos observations de coefficient urotoxique diminué même après la grossesse font comprendre pourquoi l'éclampsie peut survenir aussi après la délivrance (*Soc. biologie*).

---

**Auto-intoxication gravidique.** — La pathogénie de l'éclampsie est toujours encore à l'ordre du jour ; il est acquis que ce syndrome est dû à une intoxication pendant la grossesse, mais tous les détails de la question ne sont pas encore éclaircis. Les expériences entreprises par Van de Velde de Leyde jettent un peu de jour sur cette question (*Wiener Klin. Rundschau*).

Ayant injecté de l'urine humaine à des lapines pleines, elles furent prises de convulsions à des doses variables selon les urines, mais considérablement inférieures à la quantité de la même urine que supportait une lapine normale. Cet animal présente donc plus de disposition à des accidents convulsifs à l'état gravide qu'en temps ordinaire.

L'expérience suivante nous donne l'explication de ce fait : le sang défibriné d'une lapine pleine injecté à un animal sain donne à celui-ci un accès convulsif à la dose de 18 centimètres cubes par kilogr. ; le sang d'un autre animal normal a pu être administré au même lapin jusqu'à 25 centimètres cubes par kilogr., sans provoquer d'accident. Pendant la grossesse, le sang contient donc une substance convulsivante.

On sait que l'urine d'un lapin normal peut être injecté impunément jusqu'à 30 centimètres cubes par kilogr. de matière vivante ; celle de la lapine pleine produit un accès déjà à 18 centimètres cubes.

L'organisme d'une femelle gravide élabore donc une ou plusieurs substances toxiques convulsivantes, qui circulent dans le sang, et qui sont partiellement éliminées par les reins. Cette substance se retrouve dans les urines, et est plus active que les substances narcotisantes de l'état physiologique. — Dr A. Blind.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 5 janvier 1897*

M. Hervieux lit le résumé des travaux de l'Académie pendant l'année 1896.

**Elections.** — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (2e division), M. le Dr Démosthène (de Bucharest) est nommé par 48 voix sur 71 votants ; M. le Dr Reverdin (de Genève) est élu par 60 voix sur 61 votants.

M. Auffret (de Brest) lit les titres d'une suite d'observations d'interventions chirurgicales dans les lésions traumatiques et les maladies du rachis.

M. Laveran lit un rapport sur un travail de M. le Dr Matignon (de Pékin) sur une affection observée en Chine.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 6 janvier 1897*

**Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu tiré à blanc.** — M. Michaux analyse une observation de M. Chupin (armée), montrant les dangers des coups de feu tirés à blanc et à bout portant. Il s'agit d'un soldat qui se tira dans le ventre un coup de carabine Lebel chargée à blanc. Cet homme voulait montrer à ses camarades l'innocuité absolue de ces coups ; il fut trompé dans son attente : et amené à l'hôpital avec une plaie pénétrante du flanc gauche et une fracture de la crête iliaque antéro-supérieure, causée par la balle de carton de la cartouche ; l'orifice d'entrée était brûlé par la poudre, rempli de débris de vêtements et emphysémateux. M. Chupin, pensant qu'il existait peut-être une plaie de l'intestin, fit la laporotomie latérale deux heures après et trouva le péritoine

Digitized by Google

déchiré, mais l'intestin sans lésion. La plaie fut refermée ; le blessé guérit sans aucune complication.

A la suite de cet accident, M. Chupin entreprit plusieurs expériences sur les cadavres, qui montrèrent qu'un coup de feu d'une arme de guerre, tiré à blanc à bout portant ou à une faible distance perfore la paroi abdominale, mais ne blesse pas l'intestin. Ces effets sont déterminés par la balle de carton et par l'action explosive de la poudre ; même en l'absence de la balle de carton, le coup peut encore déterminer des désordres graves de la peau et des organes sous-jacents tels que le foie, la rate, le cœur.

M. Robert. Les médecins militaires connaissent les accidents graves occasionnés par les coups de feu tirés à blanc. La cartouche est fermée par une balle de carton vernie, qui, réduite en petits fragments par l'explosion, forme une gerbe de petits projectiles très vulnérants en raison de leur vitesse initiale (700 mètres à la seconde). Ces projectiles peuvent traverser les tissus sur une grande profondeur et déterminent même sur des planches de sapin des effets analogues à la dynamite. La poudre de ces cartouches possède une puissance expansive considérable, nécessaire pour actionner ces balles et produire une détonation, qui ne serait pas entendue avec la poudre de guerre ordinaire. Ces projectiles sont très dangereux dans une zone de 0 mètre à 2 mètres.

**Anévrysme cirsoïde de la région temporale.** — M. Nélaton rend compte d'une observation de M. Roux (de Brignoles) dans laquelle il s'agit d'un anévrysme cirsoïde de la région temporale droite. La tumeur débuta à l'âge de 6 ans à la suite d'une chute chez ce malade ; c'est à l'âge de 22 ans qu'il vint consulter M. Roux pour des hémorragies au niveau du néoplasme. Il avait alors envahi les régions temporale, malaire et sus-orbitaire ; était le siège de pulsations, de thrill, perçus par le patient qui demandait à en être débarrassé. Dans la région temporale gauche on commençait à voir de petites dilatations vasculaires. Après avoir lié la carotide externe, M. Roux enleva la tumeur temporale droite, et remarqua, après cicatrisation de la plaie, l'affaissement et la disparition des dilatations serpentines du même côté. Mais quelques mois aprés, les dilatations vasculaires du côté gauche se développèrent et devinrent très volumineuses. L'examen histologique de la pièce ne montra ni communication artério-veineuse, ni nœvus, mais une péri et endo-artérite des altères. M. Roux pense qu'il s'agit dans ce cas si particulier d'une maladie du réseau capillaire de la face.

**Luxation de l'extrémité supérieure du radius.** — M. Schwartz rend compte d'une observation de M, Chevassu (armée). Il s'agit d'un homme de 20 ans, atteint d'une fracture du cubitus au tiers moyen, par coup de pied de cheval et immobilisé pendant cinq semaines. Lorsque l'appareil fut enlevé, on reconnut alors la luxation de la tête du radius, faisant en avant une saillie au pli du coude. L'extension du bras était complète, mais la flexion peu étendue; il en était de même des mouvements de pronation et de supination. M. Chevassu pratiqua la résection de la tête de l'humérus, ce qui permit au malade de recouvrer presque intégralement tous les mouvements de l'avant-bras et de se débarrasser et des fourmillements et douleurs dont il était atteint.

M. Schwartz fait remarquer que la luxation en avant de la tête du radius est connexe avec la fracture du cubitus et est liée au même traumatisme ; plus rarement elle est secondaire à la consolidation vicieuse d'une fracture du corps du cubitus. La résection est le meilleur mode de traitement de ces luxations anciennes.

**Pseudarthrose consécutive à une fracture de jambe.** — M. Picqué rend compte d'une observation de M. Ferraton, dans laquelle il s'agit d'une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie chez un homme de 25 ans. Huit mois après, cette fracture n'était pas consolidée ; le col était fibreux, il y avait chevauchement des fragments du tibia et du péroné. M. Ferraton fit la résection des fragments et sutura les deux bouts du tibia. Guérison complète. Le malade peut marcher pendant plusieurs heures.

**Anévrysme faux primitif du mollet.** — M. Picqué analyse l'observation suivante de M. Hartmann. A la suite d'un coup de couteau à la partie antérieure de la jambe, se forme dans le mollet une tumeur avec souffle, battements et douleurs dans la partie inférieure de la jambe. La compression de l'artère poplitée arrête les battements ; M. Hartmann, après avoir placé la bande d'Esmarck, ouvre largement la tumeur et trouve des caillots, un foyer à parois molles, mais ne peut découvrir le vaisseau qui donne du sang. Il bourre la plaie avec des rondelles d'amadou et de la gaze iodoformée et établit un pansement ouaté compressif. La plaie se cicatrisa par seconde intention, et l'anévrysme ne se reproduisit pas.

M. Auvray lit une étude expérimentale sur la résection du foie chez les animaux et chez l'homme. — H. M.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société obstétricale et gynécologique de Paris

*Séance du jeudi 10 décembre 1896*

V. Dujon : **Monstre double provenant d'une brebis.** *Sycéphalien synote.* — Ce monstre est composé de 2 fœtus avec une seule tête, un seul tronc et 8 membres. Le bassin et les membres postérieurs de chaque fœtus sont indépendants. Il y a union au-dessus de l'ombilic. Il semble n'y avoir qu'un thorax, un cou et une tête. Le thorax est constitué par deux rachis placés latéralement et deux sternums médians, l'un antérieur, l'autre postérieur ; au thorax sont attachés 4 membres antérieurs normaux. Le cou est fait de 2 colonnes vertébrales qu'il est facile de sentir entre les doigts ; il se trouve à sa partie postérieure une dépression médiane et verticale. La tête est bien conformée; mais elle présente en arrière une oreille double surnuméraire, dont les 2 pavillons sont soudés par leur base.

Il y a 2 circulations, 2 cœurs, 2 aortes, 2 cordons. Une anas-

Digitized by Google

tomose transversale allant de l'aorte d'un côté à l'artère pulmonaire du côté opposé, fait communiquer les deux circulations. Il y a 2 trachées, 4 poumons.

Le tube digestif, unique dans sa moitié supérieure (pharynx, œsophage, 1re moitié de l'intestin grêle), est double dans le reste. Il y a 2 foies et 2 rates.

Au-dessous de la cavité crânienne, parfaitement développée, existe dans l'épaisseur des os, au niveau de l'oreille surnuméraire, une petite cavité kystique communiquant avec le pharynx et paraissant être les vestiges de la tête atrophiée.

M. Nitot, présente **une curette géante** destinée au curage de l'utérus après l'accouchement.

M. Budin n'emploie plus le curage de l'utérus dans le post-partum ; il se contente du nettoyage digital et de l'écouvillonnage qui lui ont donné d'excellents résultats.

M. Lucas présente **un nouveau ballon destiné à dilater rapidement le col de l'utérus** dans les cas de résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement.

M. Olivier lit un mémoire sur l'**emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorragies post-partum** dans lequel il s'efforce de démontrer qu'aujourd'hui l'accoucheur doit toujours avoir avec lui tout ce qui est nécessaire pour faire extemporanément une injection de sérum salin. Il établit tout d'abord que c'est à une solution de chlorure de sodium à l'exclusion de toute autre qu'il faut avoir recours et que le titre de cette solution, conformément aux conclusions de Malassez, doit être de 10 pour 0/00. Quant à la voie à emprunter elle variera avec les cas. Dans les cas d'hémorragie grave mettant la femme en danger de mort, c'est à l'injection intra-veineuse qu'il faut avoir recours; dans le cas où l'urgence est moindre, on fera l'injection sous-cutanée. Mais, pour faire ces injections, il faut des instruments. Molinier a fait construire, par M. Gentile, une trousse d'urgence qui comprend un siphon muni de canules spéciales pour l'injection intra-veineuse; une seringue présentant une disposition particulière permettant d'injecter dans le tissu cellulaire le sérum salin sans aucun effort et rapidement; enfin une boîte métallique garnie de feutre intérieurement et contenant un flacon de sérum-salin. L'accoucheur ainsi pourvu pourra de la sorte parer rapidement aux conséquences des hémorragies.

## ACTUALITÉ

### Beaucoup de bruit pour rien

Depuis quelque temps, on parle sans cesse des médecins; on en dit naturellement beaucoup de mal, preuve qu'ils sont une puissance. La profession médicale est vilipendée, travestie « dans les publications haineuses d'un transfuge, inconsolable fruit sec et raté de la profession », selon l'expression juste et sévère de mon ami M. Laborde.

Puis, c'est un échappé de l'Ecole polytechnique qui, atteint de médicophobie, démontre par A + B que nous ne sommes bons à rien. Après les » demi-vierges » viennent donc les demi-médecins. Cela était dans l'ordre, puisque ce quart d'écrivain est atteint d'hémiopie littéraire.

Enfin, voilà un troisième chroniqueur qui nous arrange de la belle façon dans ses expectorations pseudo-littéraires de journaliste en quête de copie; puis un quatrième, que les lauriers du grand Molière empêchent de dormir, et qui nous fait l'insigne honneur de s'occuper de nous sur le théâtre à la Comédie-Française. Mais — comme le dit François Coppée, devenu notre défenseur dans la circonstance — « cette pièce maladroite n'a pas même de valeur « suffisante pour être une mauvaise action. »

Alors, voilà presque toute la presse médicale en émoi pour cette levée de plumes d'oies, et elle commet la naïve imprudence de citer les noms des auteurs et de leurs écrits ! Voilà une chose qu'il ne faut jamais faire, si nous ne voulons pas tomber dans le piège, faire de la réclame à tous ces jeunes gens, avides de réputation, bonne ou mauvaise, et qui mesurent sottement leur petite importance au grand tapage qu'ils font. Leurs rodomontades, leur indignation feinte, et leurs calomnies n'empêcheront pas — comme le dit Chevallereau — « que notre profession reste encore la plus honorable, malgré les reporters et les cabotins ».

Pour justifier ces attaques, on s'autorise d'une erreur scientifique commise autrefois par d'honnêtes médecins dans une expertise médico-légale. Sans doute, cette erreur a été cruelle pour une femme innocente d'un crime ; mais, avec un peu de réflexion et de bonne foi, les journalistes, qui savent que tout et qui ne savent que cela, ne devraient pas ignorer qu'un modeste praticien ne peut pas tout connaître, que l'erreur commise ne doit pas être imputée aux hommes, mais surtout aux institutions, et que la médecine légale devrait être élevée à la hauteur d'une spécialité. Du reste, si la médecine a laissé condamner cette malheureuse, c'est la même médecine qui a provoqué et obtenu sa réhabilitation.

Il s'agit encore des coupables défaillances morales de ces derniers temps, et on veut les faire retomber sur le corps médical tout entier, comme s'il n'y avait pas, dans toutes les professions, quelques brebis galeuses.

***

Au sujet de ces accusations portées en bloc contre la médecine et les médecins, j'ai lu la semaine dernière quelques pages bien senties et très éloquentes de mon ami Laborde. Cependant, je ne suis pas tout à fait de son avis, et je trouve que cette belle indignation honore trop ces « ratés de la profession », ces « pygmées de théâtre », les affamés de scandale et les journalistes sans vergogne ni pudeur. Un haussement d'épaules suffisait, et il me permettra de lui rappeler l'application d'un précepte du poète italien que lui-même me recommandait, il n'y a pas longtemps, alors que j'étais l'objet d'un article perfide, odieux et anonyme dans un journal politique.

« *Non te curar di lor, ma guarda e passa.* »

Ne te préoccupe pas d'eux, mais regarde et passe. Traduction libre d'un dicton arabe : *Le chacal aboie, et la caravane passe.*

J'ai donc suivi ce conseil, et je m'en suis bien trouvé; j'ai méprisé l'attaque, je n'ai pas cherché à connaître le nom de l'auteur, souhaitant que, pour son honneur, il n'appartienne pas au corps médical, c'est-à-dire au monde où l'on se respecte. Les déclassés de la profession peuvent vous poursuivre de leur haine (souvent feinte et non désintéressée); mais quand vous faites votre devoir, vous avez toujours la supériorité du mépris sur les hommes et sur les choses.

Ne nous occupons donc pas de toutes ces vilenies, continuons à faire notre devoir sans nous laisser distraire par les criailleries, les calomnies ou les articles anonymes d'une sorte de « *Bohême scientifique* », comme l'appelle François Coppée qui a si bien dit que « notre fonction est éternelle comme la misère humaine », et qui a écrit ces paroles si vraies :

« Quand nous nous portons bien ou à peu près, nous faisons « les malins et les rodomonts; mais, à la moindre anicroche, « nous nous hâtons d'appeler le docteur, et nous ne sommes pas

Digitized by Google

« fiers du tout au lui donnant notre pouls à tâter, et en lui mon-
« trant notre langue. Puis, dès que nous allons mieux, afin d'ex-
« cuser d'avance notre ingratitude envers celui qui nous a soigné,
« nous attribuons notre guérison à la nature. La plupart des
« hommes sont d'indécrottables orgueilleux. Ils gardent un mau-
« vais sentiment contre le médecin qui les a vus dans l'état
« d'infériorité morale où les mettaient la souffrance et la peur,
« et ils se vengent volontiers de ce témoin de leur faiblesse par
« d'injustes satires. »

*
* *

Nous sommes attaqués, mais il faut bien avouer que parfois c'est un peu notre faute. Quelques médecins se prêtent trop facilement à l'interview, et ils répondent trop souvent à des questions diverses qui leur sont posées et qui n'intéressent pas le public. Il y en a qui aiment à voir leurs noms imprimés dans la « grande » presse politique, et je me demande pourquoi ils ne se refusent pas à faire suivre les bulletins de santé de leurs signatures destinées à être livrées à la publicité. On peut avoir intérêt pour tel personnage important, à faire connaître la marche d'une maladie (quoique la chose soit encore bien discutable), mais il n'y a aucune utilité à révéler les noms des médecins traitants ou consultants.

D'un autre côté, on peut encore se demander si les communications et les travaux d'une Société savante quelconque gagnent beaucoup à être analysés, ou plutôt travestis par la presse extra-scientifique. Il semble, au contraire, que ces Sociétés, comme la science, n'ont qu'à y perdre, à beaucoup de points de vue : d'abord, parce que le public confond avec les découvertes de simples discussions, ensuite parce que les découvertes hebdomadaires n'existent pas, et que ces discussions où il n'y a souvent que des trouvailles *d'attente* sont presque toujours travesties, amplifiées ou amoindries par les feuilles publiques. Que celles-ci se mêlent de leurs affaires, passablement embrouillées, et qu'elles nous laissent dans le silence et la paix du laboratoire ou des hôpitaux, continuer nos recherches et nos travaux scientifiques !

Autrefois, les séances des sociétés savantes n'étaient pas publiques, et l'on devrait remettre en vigueur un article du règlement interdisant à tout rédacteur d'une feuille politique, d'y assister. La chose n'est ni facile, ni libérale, je le sais. Mais au moins, quand nous aurons prouvé à la « grande » presse (pourquoi, grande ?) que nous n'avons pas besoin d'elle, que nous dédaignons sa publicité trop souvent malsaine, que nous méprisons les écrits anonymes, enfin que nous ne voulons pas lui faire l'honneur de nous intéresser à ce qu'elle dit ou pense de nous, alors la profession et la science médicales en seront davantage rehaussées et honorées ; la « bohême scientifique », ne croyant plus à son importance, n'élèvera pas superbement la voix, et le cabotinage médical ne s'attaquera plus au vrai mérite. — H. Huchard.

# A nos Lecteurs

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* **(Journal des Praticiens)** est surtout un journal d'actualité. Car, l'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours; elle est *ce qui se fait* tous les jours dans la pratique médicale.

Fidèles à notre programme de la première heure, nous persistons à croire qu'un journal *destiné aux praticiens* n'est pas un simple exposé de rapides informations, se bornant à reproduire presque télégraphiquement les nouvelles scientifiques dont l'importance et la réalité sont parfois discutables et ont toujours besoin de la sanction du temps et de l'expérience.

Nos lecteurs, chaque année plus nombreux, nous demandent d'abandonner moins que jamais la devise qui a présidé, il y a dix ans, à la fondation de notre journal : *De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.*

C'est pour accomplir ce programme, c'est même pour accentuer davantage encore son caractère pratique, que le **Journal des Praticiens** a considérablement augmenté — comme on peut le voir à la première page de la couverture — le nombre des membres du Comité de rédaction qui se trouve aujourd'hui composé de 37 médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, et de 16 anciens chefs de clinique, anciens internes ou internes des hôpitaux de Paris. Leur collaboration active est assurée, sans exclure naturellement celle d'autres collègues ou confrères qui n'appartiennent pas au Comité de rédaction.

Notre publication comprend tous les éléments de la pratique journalière de l'exercice médical : médecine et chirurgie générales, obstétrique et gynécologie; maladies de l'enfance, affections mentales et du système nerveux; maladies spéciales des yeux, du larynx, des oreilles et des fosses nasales, des organes génito-urinaires, de la peau; hygiène et médecine légale.

Les *mementos de médecine pratique* réunissent, sous une forme concise, des articles d'actualité sur toutes les branches de la médecine. Une fois par mois, ils sont remplacés par un *memento de recherches scientifiques* destiné à faire connaître les principales et récentes acquisitions de la science (anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, bactériologie, médecine expérimentale), mais seulement celles qui ont un but pratique ou qui peuvent suggérer aux lecteurs des applications thérapeutiques. Car, une grande place, la plus grande certainement, est réservée dans nos colonnes, à la clinique et surtout à la THÉRAPEUTIQUE, *la raison d'être et le seul but de la médecine.*

La Rédaction.

**AVIS. — La prime à nos abonnés est épuisée.** Il reste un volume *des mementos thérapeutiques* : le tome III, que l'administration offre comme prime à ses abonnés, anciens ou nouveaux, au prix exceptionnel de 1 fr. 50 (port compris) et de 1 franc pris dans les bureaux.

T. III de 328 pages. — Hygiène des syphilitiques, par A. Renault. — Traitetement de la syphilis héréditaire, par Mauriac. — La médication musculaire, par Eloy. — Des indications thérapeutiques, par Huchard. — Traitement de la grippe, par Huchard. — La médication des affections cérébrales et méningées, par Gingeot. — Traitement de la chorée, par d'Heilly. — Traitement de la pleurésie purulente, par Barié. — Traitement de la variole, par Du Castel. — Traitement de la pelade, par Brocq.

L'antisepsie en chirurgie, par Rieffel. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente, des fractures de la rotule, par Schwartz. — Traitement de la rétroflexion utérine, par Picqué.

Antisepsie obstétricale; application du forceps sur la face, par Demelin. — Formules diverses, pages 304 à 309.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## Comment on évite les gastropathies médicamenteuses

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

On est revenu dans ces derniers temps sur l'intolérance stomacale des phtisiques pour la *créosote de hêtre*. Le tuberculeux hypopeptique la supporte bien longtemps jusqu'à la dose de 2 grammes *pro die* pourvu qu'on veuille la discontinuer huit jours pour la reprendre huit jours après ; elle relève son appétit tout en tarissant ses sécrétions bronchiques. Si le tuberculeux est hyperpeptique, elle occasionne de la brûlure gastrique, des nausées et des vomissements et ne peut plus être prescrite *per os* même à petites doses. Dans l'ignorance où nous sommes le plus souvent de l'état de la sécrétion gastrique, il vaut certainement mieux recourir aux injections sous-cutanées d'huile créosotée ou aux lavements de lait additionné de créosote.

Le pyrosis, la gastralgie avec langue saburrale et anorexie sont des accidents fréquents pendant l'emploi du *fer* dans la chlorose. Un premier moyen de les éviter consiste à ne jamais le donner qu'aux repas et à doses ne dépassant pas en une fois 0 gr. 10 à 0 gr. 40 ; puis, il importe, avant de s'adresser à un martial plutôt qu'à un autre, de préciser, autant que faire se peut, le type chimique de l'estomac chlorotique qui va en subir le contact. La chlorotique éprouve-t-elle du dégoût pour les viandes ? recherche-t-elle les fruits verts, le vinaigre, le café en grains ? en un mot, est-elle hypopeptique ? les ferrugineux ayant chance d'être mieux tolérés que d'autres — à la condition qu'une dose d'acide chlorhydrique soit ingérée au milieu du repas ou après celui-ci — sont, parmi les insolubles : le safran de mars apéritif, le carbonate de fer, le pyrophosphate de fer et de soude, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, — et, parmi les solubles : la teinture de malate de fer, les tartrates ferrico-potassique ou ammonique, le lactate de protoxyde ou de sesquioxyde, le citrate des mêmes bases ou le citrate de fer ammoniacal. La chlorotique avait-elle des vomissements acides après les repas, pendant la nuit ? manifeste-t-elle de l'appétit pour les viandes ? C'est une hyperpeptique et son estomac s'accommode de n'importe quelle préparation, toutes diminuant, l'une à l'égale de l'autre, la chlorurie et la chlorhydrie, toutes détournant à leur profit, en présence des matières albuminoïdes, une partie d'HCl actif. Mais si, par la prolongation du traitement ferrugineux ou pour un motif ignoré, l'hyperpepsie se transforme en hypopepsie (ce qui n'est pas rare après six semaines de traitement), on reviendra, en même temps qu'à l'acide muriatique, au safran de mars, aux malate, tartrate, lactate ou citrate de fer ; les albuminates, les peptonates conviennent aux estomacs très délabrés. On a singulièrement abusé, n'est-il pas vrai ? du vin de quinquina ferrugineux et du vin de quinquina simple dans la chlorose ; mais nuit-on à l'estomac de toutes les chlorotiques auxquelles on prescrit le vin de quinquina ? J'avoue, quant à moi, que je lui préfère non les vins, mais les macérations de gentiane, de colombo, de quassia, de centaurée, et qu'au vin je préfère encore la macération d'écorce de quinquina avans les repas. Toutefois, le vin de quinquina ne m'a paru nuire qu'aux chlorotiques hyperpeptiques ou qui le sont devenues en abusant de cet amer qui « fait pleuvoir », comme les autres amers, HCl dans l'estomac. Mais, chez les chlorotiques anachlorhydriques, par sa double qualité d'alcoolique et d'amer il stimule la chlorurie et la chlorhydrie et active la peptonisation et la digestion s'il est pris une demi-heure avant les repas (et non au milieu ni a la fin). Le quinquina sera interrompu tous les huit jours pour éviter l'hyperchlorhydrie qu'il susciterait et cette sensation de brûlure avec gastralgie qui est l'œuvre du tanin (l'acide quino-tanique) qu'il recèle.

L'*arsenic*, par qui l'on remplace souvent le fer chez les chlorotiques, ne réussit bien ici — comme chez les tuberculeux et les nerveux — que chez les hyperchlorhydriques dont il stimule l'appétit en faisant sécréter de l'acide chlorhydrique aux glandes de l'estomac. Chez les hyperchlorhydriques l'effet contraire se réalise : perte de l'appétit, exagération du pyrosis ou des vomituritions acides. Et encore chez les hypochlorhydriques faut-il savoir le prescrire ? Les pilules d'arséniate de soude à 1 milligr. aux repas, à doses croissantes, sont mieux supportées que les solutions, pourvu que le traitement ne dépasse pas dix jours (on n'y revient qu'après cinq ou six jours de repos). Le lavement à la liqueur de Fowler dans de l'eau distillée a été conseillée par Vinay (de Lyon).

Il ne faut jamais — jamais, je répète, ordonner l'*huile de foie de morue* aux tuberculeux et scrofuleux dyspeptiques, quelle que soit la raison de leur dyspepsie. Un bon estomac est seul capable de la supporter à petites comme à fortes doses. En tout état de cause on ne l'administrera pas pendant plus de trois semaines consécutives, et jamais durant l'été. L'huile blonde (il ne faut employer que celle-là) sera prise non à jeun le matin, non une demi-heure avant les repas, mais pendant le repas du soir. Avec toutes ces précautions, l'appétit reste bon, s'exagère, sollicité par les alcaloïdes de l'huile : sans elles, le pyrosis s'installe, le dégoût, les nausées surviennent.

La *glycérine neutre* stimule aussi l'appétit si l'on ne va pas au delà de 20 à 30 grammes *pro die*, et, même à cette dose, on devra la suspendre après quinze jours aux premiers symptômes de brûlure gastrique.

Lorsque surgit l'indication des *phosphates*, ne prescrivons pas celui-ci ou celui-là indistinctement : ce serait s'exposer à nuire à l'estomac et, partant, à aggraver l'état constitutionnel que l'on voulait combattre. Chaque fois que nous soupçonnons un estomac hyperchlorhydrique,

Digitized by Google

frappons sur le phosphate tribasique de chaux, sel neutre insoluble (0 gr. 50 à 1 gramme avant les repas), si le chimisme de l'estomac paraît n'avoir subi aucune déviation, ou si — comme chez tant de tuberculeux, de lymphatiques, de scrofuleux — il est dévié dans le sens de l'hypochlorhydrie, choisissons soit le chlorhydro-phosphate, soit le bi-phosphate acide cristallisé (0 gr. 50 à 1 gramme avant les repas), soit — pas au delà de 2 grammes en une fois — le phosphate de potasse, le phosphate de soude, les deux associés, et aussi le glycérophosphate de chaux ou de soude, qui, à ces doses faibles, excitent le processus stomacal en favorisant la chlorurie et la chlorhydrie, ce qu'il fallait précisément éviter tout à l'heure chez les hyperchlorhydriques.

Et les *amers!* n'y a-t-il pas talent à les manier? Pour peu que l'on soupçonne l'hyperpepsie chez un dyspeptique, on doit y renoncer : ils ne seraient, en effet, efficaces, d'après les recherches expérimentales, que si on les prenait pendant ou après les repas, et à très fortes doses, parce qu'à ces fortes doses ils restreignent la chlorhydrie ; mais alors ils éveilleraient un état douloureux de contracture musculo-gastrique remplacé par de l'atonie et de l'ectasie. Ils ne conviennent qu'aux dyspeptiques hypopeptiques qui ont du dégoût pour les viandes et recherchent les acides. Leur présence dans l'estomac, simultanément avec les aliments, entravent la peptonisation, on les fera ingérer une demi-heure avant l'arrivée de ceux-ci. Tel est le seul moment opportun et utile de leur administration : quand les glandes gastriques ne sont pas détruites, qu'elles peuvent répondre à la stimulation de l'amer par une abondante sécrétion d'acide chlorhydrique, le dyspeptique hypopeptique recouvre plus ou moins l'appétit. Pour que l'amélioration persiste, il faut suspendre l'amer après huit jours, autrement il aggraverait la dyspepsie hypopeptique en épuisant les glandes sécrétoires et le plan musculaire de l'estomac. Pendant les huit jours d'interruption, nous donnons l'acide chlorhydrique après les repas ; puis nous revenons aux amers : aux amers purs (macérations de gentiane, de colombo, de quassia, de petite centaurée, de trèfle d'eau, de pensée sauvage, teinture de noix vomique, gouttes de Baumé) si nous avons commencé par les amers aromatiques (macérations de houblon, de cascarille, etc...), et réciproquement. Nous les alternons avec le bicarbonate de soude (0 gr. 50 de ce sel une demi-heure avant les repas, ou un grand verre d'eau de Vichy ou de Vals) pendant huit autres jours. Et même, depuis que je sais qu'aux doses d'un à deux grammes avant les repas le sulfate, le phosphate de soude excitent, comme le bicarbonate, la chlorurie et la chlorhydrie, je les alterne avec ce dernier à cette dose dissoute dans un verre d'eau. L'estomac dyspeptique par hypopepsie aime la variété médicamenteuse comme il aime la variété dans les aliments : les précautions que je signale ne sembleront pas trop méticuleuses aux praticiens. La *pepsine*, qui favorise la sécrétion d'HCl, ne sera pas non plus continuée indéfiniment et chacun sait qu'au bout de quelque temps l'*acide muriatique* lui-même détermine, chez les femmes nerveuses principalement, de l'hyperesthésie d'abord, puis des douleurs assez vives de la muqueuse de l'estomac qu'on prévient parfois avec les opiacés, la teinture de belladone ou la cocaïne. La cachexie alcaline, qui a dû exister pour qu'on en ait tant parlé, n'a été sans doute observée que chez des hypopeptiques dont la chlorhydrie gastrique était d'une part arrêtée par l'intense alcalinisation du sang, — d'autre part neutralisée sur place. Aussi ne songeons-nous à diriger vers les eaux bicarbonatées sodiques de Vichy et de Vals ou vers les sulfatées sodiques de Carlsbad (les petites doses de sulfate de soude empêchent la sécrétion d'HCl) que les dyspeptiques par hyperpepsie, la déviation chimique de leur estomac ne pouvant guère se trouver mal, même de l'abus de ces eaux : nous leur interdisons, par contre, les eaux alcalines à minéralisation plus faibles (Pougues, Royat, Châtel-Guyon), ou les eaux chlorurées sodiques (Salins-de-Jura, Balaruc, Salins-Moutiers, Bourbon-Lancy, Saint-Nectaire), plus utiles aux hypopeptiques, qui ne réussissent guère, même si l'on en abuse quelque peu, qu'à augmenter une chlorurie et une chlorhydrie défaillantes. Vichy, Vals chez soi (un grand verre avant les repas) suffiront à l'hypopeptique ; aux sources, où il serait tenté de dépasser ces doses seules efficaces, il aboutirait vite à cette asepsie avec fermentation acétique qui se fait à la faveur des alcalins. Les eaux de table bicarbonatées sodiques (Saint-Galmier, Couzan, Seltz, etc...), doivent être utilisées par les hypopeptiques avec modération, pour ne pas — en tant que gazeuses — dilater l'estomac et ne pas épuiser la chlorhydrie après l'avoir trop excitée.

Sous le prétexte — juste ou faux — d'antisepsie gastro-intestinale, on a aggravé plus d'une fois ou fait naître des malaises stomacaux. Lorsqu'on vise l'antisepsie chez un hypopeptique, il ne faut se servir que du *charbon* (une cuillerée à café avant les repas), des *naphtols* (0 gr. 20 à 0 gr. 40), du *salicylate de bismuth* (0 gr. 50 à 1 gr.) qui stimulent activement la sécrétion chlorhydrique et qui, pour cette unique raison peut-être, sont des antiseptiques ; chez l'hyperpeptique il faut renoncer au charbon, aux naphtols, au salicylate de bismuth, et s'adresser soit au *bétol*, soit au *benzo-naphtol* (1 gr. à 1 gr. 50 avant les repas) qui ralentissent la sécrétion chlorhydrique. Bien supporté par l'estomac, le *salol* ne paraît pas influencer la sécrétion.

Une récente discussion a rappelé que le *lait*, ce médicament-aliment, a plus de chance d'être toléré par les hyperpeptiques si son ingestion est précédée d'un verre d'eau de Vichy, d'un gramme de bicarbonate de soude, d'une cuiller d'eau de chaux ; — que, chez les hypopeptiques, il est bon de l'additionner d'un peu d'eau-de-vie ou de kirsch ; — et que tous, hyperpeptiques, hypopeptiques ou gens à estomac normal, doivent le prendre par

Digitized by Google

petites quantités à la fois : chaque deux heures une tasse, par gorgées, de cinq en cinq minutes.

Il vaut mieux, quand c'est suffisant, remplacer les *purgatifs* par les grands lavements. La *rhubarbe*, la *podophylline*, l'*évonymin*, le *cascara*, sans action sur l'estomac, conviennent indifféremment aux hypopeptiques et aux hyperpeptiques : à ces derniers, les *purgatifs salins* qui restreignent dans une large mesure la chlorhydrie gastrique, aux hypopeptiques — quand il n'est pas contre-indiqué — l'*aloès* qui l'exagère.

On s'est un peu exagéré les « désastreux » effets sur l'estomac des sels de *quinine* à la dose antipyrétique ou anti-périodique de 0 gr. 50 à 1 gramme. Tout de même la sensation de chaleur, de brûlure à la région épigastrique, les nausées après l'ingestion du remède s'observent plutôt lorsqu'on l'emploie comme antinévralgique (alors que le médicament est d'absorption facile), que quand on s'en sert pour calmer la fièvre (alors que la muqueuse de l'estomac est couverte d'un enduit saburral et que l'absorption est ralentie à la surface). L'on évite tous ces petits inconvénients en donnant la dose non en une, mais en deux ou trois prises à une demi-heure d'intervalle, seule ou associée à moitié d'antipyrine qui modère — sans qu'on sache pourquoi — l'action astringente de la quinine sur la muqueuse, et en faisant suivre d'un verre de limonade.

Il est des personnes qui rejettent tout de suite l'*antipyrine*, quel que soit le mode sous lequel on l'administre : le cas est rare, cependant. Quant à l'anorexie produite par cet agent, elle n'est guère observée qu'après l'usage, pendant plusieurs jours, de fortes doses comme dans le diabète, la chorée, le rhumatisme articulaire aigu ; elle s'accompagne d'une sensation de pression gastrique, de douleurs brûlantes à l'estomac, de nausées. Il faut se passer le plus possible de l'antipyrine chez les hyperchlorhydriques et la remplacer par la phénacétine qui n'irrite pas du tout l'estomac ; en tout cas, l'associer à son poids de bicarbonate de soude. Nous la donnons dans un verre de sirop de groseilles à l'eau de Vichy au moment des repas. D'aucuns évitent ses effets gastriques en l'associant à 0 gr. 01 ou 0 gr 02 de chlorhydrate de cocaïne ou à un quart de son poids d'un sel de quinine.

On a renoncé, à cause des nausées et des vomissements qu'elles provoquent, aux doses de deux grammes en une fois d'*acide salicylique :* celles de 0 gr. 10 de demi-heure en demi-heure sont autrement bien tolérées, encore est-il prudent de faire suivre chaque prise d'un peu de lait alcoolisé. Le dégoût des aliments, les nausées et même les vomissements ne se manifestent que quelques jours après l'emploi des très fortes doses quotidiennes (5 à 10 gr.) de *salicylate de soude* dans le rhumatisme articulaire aigu : ces accidents sont insignifiants si l'on fait dissoudre chaque paquet d'un gramme dans un bol d'eau alcoolisée ou dans un demi-verre d'eau de Vichy (cette dernière méthode est la meilleure chez les hyperchlorhydriques), ou encore dans du café noir.

Parlerai-je des nausées, des vomissements occasionnés par la *vératrine* que j'ai définitivement remplacée par la teinture de veratrum viride que les malades prennent pendant deux, trois mois, à la dose journalière de V à XV gouttes sans éprouver la moindre fatigue de l'estomac ? J'ai établi autrefois que la vératrine n'a d'action dépressive sur le cœur, sur l'artério-tension et sur la fièvre qu'à la dose de 5 centigrammes en une fois. Or, à cette dose, elle brûle l'estomac qui la vomit le plus souvent. Combien de malades ne supportent même pas 5 milligrammes en une pilule ? On a dit : le fractionnement des doses (1 milligr. d'heure en heure) permet d'éviter ces malaises. C'est vrai, mais ces doses fractionnées sont absolument inefficaces.

La *teinture de semences de colchique* (la seule bonne teinture de colchique), la *colchicine* irritent l'intestin plutôt que l'estomac ; les douleurs gastriques avec vomissements ne sont cependant pas exceptionnelles après plusieurs jours de leur usage.

Chacun le répète avec les médecins : l'*opium* fatigue l'estomac, coupe l'appétit. Malheureusement on ne peut guère se passer de la poudre d'opium, les laudanums, des gouttes noires dans les gastralgies hypopeptiques. La propriété que semblent avoir ces préparations de stimuler la chlorhydrie n'a d'inconvénient que dans les gastralgies hyperchlorhydriques où il est prudent d'administrer simultanément, comme correctifs, la magnésie calcinée, le sel de Vichy, le sous-nitrate de bismuth. C'est au détriment de l'appétit, qui est pour quelque temps perdu, que nos malades prennent le soir, contre la toux ou l'insomnie une pilule de 5 centigrammes ou de 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Une cuiller de sirop de quinquina, un verre d'eau de menthe, de mélisse, prévient un peu ces accidents que nous retrouvons après l'emploi per os de la morphine qui, elle, procure bien plus de nausées, et aux femmes nerveuses des vomissements, même introduite dans l'organisme en injections sous-cutanées. Les autres alcaloïdes de l'opium excitent plutôt l'appétit.

C'est l'occasion de dire que le sulfonal, le trional, pour ne citer que les hypnotiques les plus en vogue, ne fatiguent jamais l'estomac, même quand on les continue tous les jours pendant plusieurs semaines. On parle moins de l'action irritante de l'*hydrate de chloral* à dose somnifère (1 gr. à la fois) depuis qu'on le donne, per os ou per rectum, dans du lait additionné ou non d'un jaune d'œuf.

A cause des nausées d'abord, des vomissements ensuite qu'elles ne tardent pas à provoquer, on a renoncé aux pilules, au dragées de poudre de feuilles de *digitale* ; utilisée dans un but antithermique, l'infusion est beaucoup mieux supportée que la macération usagée principalement comme diurétique ; la filtration, c'est vrai, débarrasse celle-ci de toute parcelle de poudre irritante, et, malgré

Digitized by Google

cela, les vomissements sont fréquents; aussi a-t-on l'habitude, pour ne pas détériorer l'estomac, de formuler cette macération à doses croissantes. L'alcoolature, la teinture, les digitalines peuvent se prendre longtemps sans impressionner désagréablement l'estomac, à moins qu'on n'aille au delà des doses thérapeutiques. Très chargé en digitale, le vin diurétique de Trousseau est vite mal toléré si l'on dépasse deux cuillers à soupe par jour.

Nausées, vomissements, cardialgie suivent à bref délai l'ingestion des préparations de *scille* (poudre, teinture, vin scillitique, vin de la Charité, oxymel scillitique).

La *caféine*, elle aussi, éveille parfois une vive gastralgie ; mais on s'en sert surtout en injections.

Les hypopeptiques tolèrent bien et pendant longtemps, à la condition qu'on en suspende par-ci par-là l'emploi, les *iodures alcalins* chimiquement purs, c'est à-dire exempts d'iode libre ou d'iodates. Pris avant les repas, ils ont, en dehors du but spécial que l'on poursuit, la propriété de favoriser la chlorhydrie ; aussi augmentent-ils, dans ce cas, l'appétit et l'embonpoint. Mais les hyperchlorhydriques le supportent mal : vite ils se plaignent de l'exagération, due au médicament, de leurs douleurs stomacales habituelles et ils maigrissent à vue d'œil ; si l'on persiste dans l'usage de la médication, l'hypopepsie, ou l'apepsie succède à l'hyperpepsie, résultant de la dégénération graisseuse des glandes gastriques consécutive à leur irritation. Aussi, chez ceux-là, quand les iodures alcalins sont indispensables à leur guérison, vaut-il mieux les donner en lavements, et, de préférence, dans du lait. Même chez les hypopeptiques il faut que la dose prescrite soit diluée dans beaucoup d'eau, de bière ou de lait. La dragée d'iodure est une mauvaise préparation : pour ne pas attaquer la muqueuse de l'estomac, le sel doit être préalablement dissous et toujours pris au moment des repas, ou pendant. ou tout de suite après, jamais en dehors.

A la dose de V à X gouttes dans du vin de Malaga, au commencement des repas, la *teinture d'iode* n'est bien tolérée que par les hypopeptiques ; les hyperpeptiques la rejettent bientôt. On ne se sert plus guère de l'*iodoforme* intus; non pulvérisé, il est mieux toléré qu'en poudre fine.

Ce que nous avons dit des iodures alcalins s'applique aux *bromures* de même base, chimiquement purs, que les hypopeptiques peuvent prendre sans malaise, une demi-heure avant les repas, jusqu'à 3 grammes *pro dosi*, dilués dans une tasse d'infusion aromatique. L'estomac des hyperchlorhydriques les accepte mieux si l'on restreint la chlorhydrie, une heure avant leur ingestion, avec 1 gr. ou 1 gr. 50 de bétol ou de benzo-naphtol qui préviennent du reste l'acné bromique. Il nous a semblé que la *belladone*, que le *borate de soude*, conseillés dans l'épilepsie aux lieu et place des bromures, provoquent moins de malaises que ceux-ci chez les épileptiques hyperpeptiques sans doute parce qu'ils diminuent la chlorhydrie ; aussi est-il indiqué de les alterner, chez cette catégorie d'épileptiques, avec les bromures pour qu'il n'y ait point d'interruption dans le traitement. A remarquer que le borate de soude, aux doses de 4 à 6 grammes par jour, inspire rapidement du dégoût à cause de sa désagréable saveur que les infusions aromatiques n'atténuent pas complètement.

Des préparations hydrargyriques, la seule qui produise l'intolérance gastrique (crampes, barre, pyrosis) est le *bichlorure de mercure*, qu'on le formule soit en pilules de sublimé, même associé à l'éxtrait d'opium, soit en liqueur de van Swieten. Pilules ou liqueur seront prises immédiatement avant les repas dans une infusion théiforme alcoolisée ou dans du lait.

Quelques balsamiques éveillent aussi, après un emploi tant soit peu suivi, des tiraillements d'estomac, une fausse sensation de faim, de la cardialgie, de l'inappétence, parfois des vomissements : les capsules de *goudron* de mauvaise qualité, celles de *térébenthine* de Venise et plutôt d'*essence de térébenthine*, celles de *copahu* et de *cubèbe* dont on surveillera les effets chez les dyspeptiques et qu'on prescrira enrobées non dans la gélatine, mais dans le gluten qui n'est dirigé que dans l'intestin. Tâchons de nous passer de l'*acide benzoïque*, du *benzoate de soude* chez les hyperpeptiques parce qu'ils excitent la chlorhydrie gastrique : les hypopeptiques n'en ressentent aucun malaise.

Les malades accusent souvent nos remèdes de fatiguer, de briser l'estomac ; tout en prescrivant ceux qui sont indispensables, nous devons nous efforcer de ne pas mériter ce reproche. Quelques précautions sont nécessaires, nous les avons indiquées. Si le praticien ne se souciait point de les prendre, il aggraverait singulièrement les gastropathies préexistantes et provoquerait — comme certains malades provoquent eux-mêmes par l'usage intempestif des drogues — l'inflammation d'estomacs jusqu'alors vierges de toute lésion, l'atrophie de leur glandes par dégénérescence granulo-graisseuse, l'apepsie irrémédiable avec catarrhe pituiteux. *Est modus in rebus !*

# ÉTUDE DE CLINIQUE MÉDICALE

## Diagnostic du cancer de l'estomac

Par M. Degcy, *interne des hôpitaux*

Les difficultés de diagnostic du cancer de l'estomac sont connues de tous les cliniciens. Déjà, on a fait des études nombreuses sur les gastropathies qui peuvent simuler le cancer ; mais nombreuses sont encore les erreurs commises, car les éléments de diagnostic sont encore bien insuffisants. Nous n'envisagerons le diagnostic différenciel du cancer qu'avec deux affections susceptibles de le simuler, la gastrite urémique et la linitis plastique.

Le diagnostic avec la gastrite urémique qui, *a priori*, semblerait facile, est souvent méconnu, et M. Bouchard (Th. Pougis) cite de curieuses erreurs à ce sujet. Nous-même, dans le service de M. Gingeot, avons eu l'occasion

Digitized by Google

d'observer un malade que l'on avait considéré, en ville, comme atteint de néoplasme stomacal, alors qu'il n'en était rien, car une thérapeutique rationnelle l'a fort bien guéri, ce qui n'aurait pas eu lieu pour une tumeur :

Il s'agissait d'un vieillard âgé de soixante-douze ans, dont la santé, toujours excellente, n'a commencé à faiblir que vers l'âge de quarante-sept ans.

Ayant fait quelques excès d'alcool, qui lui valurent des cauchemars, il commença, à cette époque, à ressentir des troubles digestifs. Ces troubles se manifestèrent par des douleurs d'abord peu intenses, qui, plus tard, devinrent vives et se localisèrent au niveau du creux épigastrique. En même temps, survinrent des vomissements, quelquefois alimentaires, le plus souvent muqueux, glaireux, acides, avec sensation de pyrosis. Jamais de bile dans les vomissements. En même temps que ces symptômes gastriques, le malade a commencé à ressentir une dyspnée assez marquée avec sensation de barre transversale au niveau de la poitrine. Fréquemment, des crampes dans les mollets, parfois des épistaxis, jamais de céphalalgie. Il avait noté déjà un léger degré de polyurie, il se relevait souvent la nuit pour uriner, et, le soir, parfois, il avait un léger degré d'œdème prœtibial et périmalléolaire. Tous ces symptômes, peu accentués d'abord, s'aggavèrent petit à petit.

Les vomissements, rares au début : une fois par mois ou tous les deux mois, deviennent plus fréquents, et, il y a quatre ans, le malade eut des melœna, constatés par un médecin qui diagnostiqua un néoplasme stomacal, diagnostic paraissant d'autant plus vraisemblable, que la mère du malade était morte d'un cancer du pylore. Cependant, depuis ce temps, les melœna ne se sont pas reproduits ; mais les vomissements devinrent plus fréquents, toujours glaireux et peu abondants ; depuis un an ils se répétèrent tous les jours, et, au dire du malade, avaient une fixité remarquable, ils se reproduisaient toutes les après midi, entre 4 et 5 heures. Quelquefois, mais très rarement, ces vomissements étaient précédés de hoquet. L'anorexie et l'amaigrissement augmentant sans cesse, le malade entre à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvons un malade fortement amaigri, ayant un teint pâle terreux, de la cachexie artérielle, mais ne présentant pas le teint franchement jaune paille. Les mains sont agitées d'un tremblement continu.

La douleur stomacale est vive à la palpation ; mais celle-ci ne révèle cependant pas la présence d'une tumeur. Pas d'adénopathies. Les artères sont dures et athéromateuses ; l'urine est rare et contient un peu d'albumine, et le malade a, de lui-même, remarqué que lors de la diminution de la quantité de ses urines, lorsqu'il se relève moins souvent la nuit, les crises gastriques et sa dyspnée augmentent. Nous voyons, en effet, une dyspnée assez intense, et l'auscultation pulmonaire, qui fait constater quelques râles disséminés et un peu de sibilance, n'est pas en rapport avec cette dyspnée. Cette dyspnée *sine materia* nous fait alors penser à l'urémie gastrique, et l'auscultation du cœur confirme ce diagnostic ; le cœur, légèrement tachicardique, présente à la palpation un rythme de galop très manifeste en avant du cœur gauche. Au creux de l'estomac nous constatons également un galot droit épigastrique, sans doute dû à sa gastrite, car il disparut au bout de quelques jours sous l'influence de la médication, et le bruit de galop gauche, seul, persista.

Pas d'arythmie. Les pupilles sont légèrement contractées, et, symptôme important, le malade présentait une constipation opiniâtre ; jamais il n'a eu de crises de diarrhée. On porte donc le diagnostic de gastrite urémique ; on donne un purgatif, on met au lait, au bicarbonate de soude et aux pilules de Lancereaux. La diurèse augmente les jours suivants, les douleurs stomacales diminuent et les vomissements cessent. Huit jours après son entrée, le malade est toujours dyspnéique, mais cette fois la dyspnée est expliquée par de gros râles muqueux et ronflants dont l'apparition a coïncidé avec la cessation des pilules de Lancereaux, données pendant cinq jours seulement. On donne alors trente gouttes de digitaline, l'amélioration se produit rapidement, et le malade, entré le 27 mars, quitte l'hôpital le 18 avril, ne présentant plus aucun trouble du côté de l'estomac et ne conservant qu'un peu de bronchite.

Cette observation nous prouve donc une fois de plus que l'urémie peut affecter l'estomac, sans toutefois atteindre l'intestin, et qu'il faut bien se mettre en garde pour éviter une erreur de diagnostic, et croire, comme dans ce cas particulier, à un cancer de l'estomac qui n'existe pas. D'ailleurs on connaît l'exemple classique de Claude Bernard qui succomba à des accidents urémiques qui simulèrent pendant plusieurs mois, un cancer de l'estomac. M. Rendu, dans ses cliniques, cite le cas d'une femme de quatre-vingts ans qui souffrait, depuis dix ans, d'une dyspepsie d'autant plus suspecte que l'on constatait l'existence d'une induration pylorique. Néanmoins, l'état général restait bon. Or, depuis quelques années, on a vu se manifester tous les signes d'une artériosclérose diffuse avec insuffisance aortique et néphrite interstitielle. M. Huchard (*Bull. méd.*, 14 mai 1894) rapporte deux cas de faux cancer de l'estomac, où le diagnostic était resté quelque temps en suspens, l'un de ses malades était un artérioscléreux, l'autre avait de la néphrite interstitielle, et à l'autopsie on n'a trouvé que des lésions scléreuses généralisées et affectant également l'estomac.

Comment donc, alors, faire le diagnostic ? Lancereaux dit que la gastrite urémique se traduit par des vomissements qui, dans les néphrites chroniques, sont précédés d'inappétence, de dégoût pour certains aliments, en particulier pour la viande. Les vomissements sont faciles, ce sont des vomissements en fusée, tantôt alimentaires tantôt composés d'un liquide grisâtre, muqueux, semblable à du bouillon trouble. Les matières vomies ne dépassent guère le contenu d'un verre. Les vomissements se renouvellent assez souvent, et cessent à l'occasion d'une crise de diarrhée spontanée. Ils s'accompagnent souvent de hoquet, de dyspnée bulbaire. De plus, d'après le même auteur, il faut considérer dans l'urémie, comme dans l'alcoolisme, deux sortes de vomissements : l'un, provoqué par l'irritation de la muqueuse stomacale et l'augmentation de sa sécrétion, est formé d'un liquide filant et visqueux, c'est le vomissement de l'urémie gastro-intestinale ; l'autre, composé de matières verdâtres, ou jaunâtres, amères, bilieuses, est d'origine nerveuse, et engendré par l'action sur le bulbe des matières excrémentitielles retenues dans le sang. Cette opinion de Lancereaux, vraie en beaucoup de cas, ne s'est pourtant pas vérifiée complètement chez notre malade, en ce sens que les vomissements chez lui

Digitized by Google

étaient plutôt pénibles que faciles, et que jamais, avons-nous dit, il n'a eu de crises de diarrhée. Le caractère des vomissements, peu abondants, muqueux, devront, certes, mettre sur la voie du diagnostic; mais celui-ci devra surtout être basé sur l'oligurie survenant chez un malade, jusque là polyurique, sur l'anorexie, sur la sensation de pyrosis et de douleur épigastrique portée bien au delà de ce qu'on observe dans le cancer stomacal, sur la dyspnée qui est en désaccord complet avec les renseignements que fournit l'auscultation pulmonaire, sur le caractère de la cachexie qui est une cachexie arterielle, ou brightique, et non une cachexie cancéreuse, enfin sur l'auscultation cardiaque qui pourra révéler l'existence d'une hypertrophie du cœur gauche et de bruit de galop gauche; qui pourra révéler également l'existence de bruit de galop droit épigagtrique, symptôme qui est rare dans le carcinome stomacal.

Les hématémèses et les melœna ne sont pas un signe diagnostic, car on a vu des cas où les vomissements contenaient du sang, et, chez notre malade nous avons vu qu'il y avait eu des melœna. Ces hémorragies cliniques ne sont que la conséquence des ulcérations qui ont été signalées par Lancereaux dans certains cas de gastrite urémique. De même, la fausse sensation de tumeur que peut produire un estomac scléreux ou atteint de gastrite, signalée par tous les auteurs (Rendu, Huchard), loin d'aider au diagnostic ne sert qu'à le laisser hésitant. Un signe donné par Frerichs permettrait de faire le diagnostic par l'examen du liquide vomi. L'addition de potasse permettrait d'y décéler la présence de l'ammoniaque. Nous avons recherché ce signe chez notre malade, et ne l'avons pas trouvé. Wagner ajoutait que si, dans les matières vomies. la proportion d'urée est de plus de un gramme par litre, l'urémie seule est en cause. Ce signe, si sa valeur est réelle, mériterait d'être vérifié. Enfin, en terminant ce sujet, nous ajouterions volontiers que les gastropathies antérieures, principalement l'alcoolisme, appellent l'urémie sur l'estomac, et que, dans bon nombre de cas, quand l'estomac seul est en cause, qu'il n'y a pas urémie de tout le tube digestif, c'est qu'il y a eu une cause prédisposante de localisation, que l'on devra toujours rechercher.

Envisageons maintenant le deuxième point de diagnostic que nous tentons de résoudre. Peut-on discerner cliniquement la linite plastique du cancer stomacal? Avant d'y répondre, nous donnerons l'observation suivante de linite plastique, prise dans le service de M. Gingeot :

Le nommé V., 57 ans, entre le 7 février 1896 à la salle Damaschino. Il a eu deux attaques de rhumatisme; il ne paraît pas suspect d'éthylisme. En août 1895, il commence à se plaindre de douleurs très vives, à la déglutition, au niveau du creux épigastrique et s'irradiant à tout l'abdomen. Ces douleurs sont parfois spontanées et ont leur point de départ au niveau du pylore. Ces douleurs, paroxystiques et intenses, sont telles que le malade ne se nourrit qu'insuffisamment; il ne peut tolérer des aliments solides et ne se nourrit qu'avec du lait et du potage. Assez fréquemment, il avait des vomissements glaireux, caractéristiques, selon lui, vomissements faciles, contenant un verre environ de matière muqueuse et glaireuse. Ces vomissements ne contenaient pas d'aliments. La déglutition était presque impossible, à tel point qu'on avait fait en ville le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage, diagnostic d'autant plus plausible que le malade attribuait sa dysphagie à une brûlure qu'il se serait faite, en août 1895, sur le pharynx, par l'ingestion d'aliments trop chauds, et que cette dysphagie avait déjà commencé pour les aliments solides, puis s'était manifestée pour les liquides. En fait, l'observation attentive nous a montré qu'il n'y avait pas dysphagie à proprement parler, il y avait intolérance gastro-œsophagienne, intolérance telle que l'essai d'ingestion d'un peu de lait déterminait une crise douloureuse avec sensation de brûlure intense en arrière du sternum, diffusant ensuite à tout l'abdomen, et sensation de constriction au niveau du pharynx; de telle sorte que le malade lui-même localisait au niveau du cou et du pharynx la gêne qu'il éprouvait sur le passage des aliments. A son entrée à l'hôpital, on note une grande faiblesse, un teint cachectique, qui n'est pas cependant jaune paille. Le cathétérisme de l'œsophage révèle qu'il n'y a pas de rétrécissement, on a simplement la sensation d'un léger ressaut au niveau de l'extrémité supérieure du pharynx, ressaut probablement spasmodique.

Impossibilité d'alimentation, l'essai de déglutition produisant immédiatement un vomissement glaireux et acide. Le bouillon est seul assez bien toléré. Anorexie. Le ventre est affaissé, et au palper il n'y a rien dans la région pylorique; mais, dans l'hypochondre gauche, on sent une petite masse diffuse de la grosseur d'un œuf, au niveau de l'articulation chondrale de la 10e côte. Cette masse est douloureuse à la pression. Le chimisme gastrique n'a pu être établi, car il fut impossible de retirer aucun liquide de l'estomac. Pas de pigment dans les urines. Impossibilité absolue de limiter par la percussion l'estomac, et de savoir si la masse que l'on sentait à gauche était formée par cet organe ou par le lobe gauche du foie. Etat mental déplorable avec léger délire, pleurs faciles. Pas d'adénopathie sus-claviculaire.

L'état du malade s'aggrave de plus en plus; il y a impossibilité d'alimentation à cause de l'intolérance gastrique; l'affaiblissement s'accentue, et, le 19 février. le malade tombe dans un état de prostration tel qu'il ne répond plus aux questions. Etat semi-comateux et mort le 21 au matin.

Pour des raisons spéciales, nous n'avons pu que nous procurer l'estomac et la rate par la voie postérieure. L'estomac est très petit, très rétracté, presque entièrement dissimulé sous les fausses côtes gauches. Adhérences péristomacales nombreuses en arrière, où se trouve un tissu lardacé blanchâtre, en dessous de la queue du pancréas et entourant les artères et veines spléniques, qui sont béantes au milieu de cette masse. Ce tissu fibreux adhère par une certaine partie de son étendue à la face postérieure de l'estomac. Ce tissu enserrait le cardia et paraissait remonter jusque entre les piliers du diaphragme. L'estomac lui-même est rétracté, avait un épaississement considérable et généralisé de ses parois, qui mesuraient 1 cent. d'épaisseur. Aspect velouté et mamelonné du côté de la muqueuse. Au-dessous, on trouve une bande de sclérose blanchâtre, épaisse. La cavité stomacale est très diminuée, à peine contient-elle un verre à bordeaux. L'examen histologique de l'estomac, vérifié par M. le Pr Cornil, montre qu'il n'y avait que du tissu fibreux avec zones embryonnaires inflammatoires et pas de néoplasme. On ne trouve que par places des débris de l'épithélium et quelques vestiges glandulaires. Les artères stomacales sont sclérosées et très ectasiées. La

Digitized by Google

couche musculaire est hypertrophiée et enserrée dans une couche épaisse de tissu fibreux ; on note une inflammation chronique diffuse et, par places, des cellules embryonnaires agglomérées.

L'examen de ces cas ne nous permet donc pas d'admettre qu'il s'agissait de cancer. Nous ne discuterons pas la question pathogénique à savoir : la linite plastique est-elle du cancer ou non, aucun des arguments donnés pour ou contre n'est probant, il y a des cancers infiltrés et il y a des linites plastiques, ce sont pour nous deux choses différentes. Toutefois nous pensons que la conception de ces dernières est relativement simple, si l'on veut bien considérer les remarquables rapports que cette affection présente avec le tronc cœliaque qui, certainement, a une grande importance dans l'économie, et dont nulle part on ne fait la pathologie. La lecture des observations publiées dans différents mémoires montre très nettement que c'est dans sa sphère de distribution que s'observent les lésions de linite plastique, avec prédominance suivant le trajet de telle ou telle de ses branches. La rétropéritonite calleuse suit l'artère splénique, les épaississements pyloriques et du bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, suivent l'artère hépatique et la pylorique, les parois stomacales elles-mêmes possèdent le coronaire stomachique. Et quand Bret et Paviot (*Rev. méd.* 94 p. 40) disent que l'extension du processus inflammatoire chronique au colon transverse ne peut guère s'expliquer par la continuité des tissus, les difficultés sont levées si on admet que les artères naissant de l'aorte en arrière de l'estomac, à savoir le tronc cœliaque et le mésentérique supérieur participent au processus pathologique et en sont le point de départ, ce qui expliquerait très facilement pourquoi la lésion peut s'étendre au tube digestif, principalement le gros intestin, et que l'S iliaque et le rectum sont indemnes. De quelle nature et pourquoi ces lésions artérielles ? Nous ne saurions le dire, mais elles étaient trop nettes dans notre observation pour pouvoir les passer sous silence, et le fait que nous avons signalé que le tissu fibreux de notre rétropéritonite calleuse n'adhérait pas à l'estomac sur toute son étendue, mais seulement au niveau de la grande courbure, prouve que les artères devaient certainement jouer un grand rôle. Et cette hypothèse de l'origine artérielle des lésions expliquerait les faits de linite plastique observés chez l'enfant (Dawosky) qui ne fait pas d'ordinaire de cancer de l'estomac à l'âge de six semaines, mais peut bien faire de l'infection chronique par son tronc cœliaque. De plus, on comprendrait facilement pourquoi, dans beaucoup d'observations et la nôtre en particulier, il n'y a pas de cause d'irritation stomacale antérieure et pourquoi nombre d'auteurs se refusent à admettre l'origine de la linite plastique dans une gastrite antérieure. Notre hypothèse, nous le savons, ne vaut que ce que valent toutes les hypothèses et il serait désirable que, en cas d'autopsie très complète, l'on recherche attentivement les lésions artérielles, ce qui, somme toute, n'a été fait qu'insuffisamment et ce que nous avons regretté de ne pouvoir faire complètement, vu les nombreuses difficultés que nous avons eues déjà à avoir l'estomac.

Sans s'appesantir sur des discussions d'une pathogénie qu'il serait utile de fixer, recherchons si le diagnostic de linite plastique généralisée à tout l'estomac peut être établi. Nous le croyons, sans que toutefois on puisse l'affirmer d'une façon formelle. On se basera sur l'intensité des douleurs qui sont signalées dans presque toutes les observations ; sur les caractères de l'intolérance gastrique, sur les vomissements survenant à la suite de tentatives d'alimentation, vomissements muqueux, glaireux, assez rarement contenant du sang, sur les caractères de la cachexie qui n'offre pas le teint jaune paille, mais un amaigrissement considérable avec le facies grippé, tiré, souffreteux.

La palpation peut, en certains cas, renseigner, nous avons vu que dans des observations, et dans la nôtre en particulier, c'est dans l'hypochondre gauche, au-dessous des fausses côtes que l'on sent l'estomac ratatiné et très douloureux à la palpation.

L'ascite est mentionnée dans presque toutes les observations ; il n'y en avait cependant pas dans notre cas particulier. Il faut, croyons-nous, attribuer sa grande valeur à la dysphagie et aux spasmes œsophagiens reflexes qui se produisent à l'occasion de toute tentative d'alimentation. Enfin, symptôme important, quand un médecin habitué à faire des lavages de l'estomac ne peut, chez un malade qu'il soupçonne atteint de linite plastique totale, ni introduire du liquide, ni en retirer, il aura là une probabilité de plus en faveur de son diagnostic et pourra conclure presque à coup sûr que la tumeur sentie sous le rebord des fausses côtes gauches est l'estomac ratatiné. La constipation est assez fréquente, et l'état mental est beaucoup plus atteint que dans les cas de cancer de l'estomac.

Le diagnostic devra être fait afin de pouvoir établir le pronostic qui est toujours fatal, mais à brève échéance. L'évolution de la linite plastique est beaucoup plus rapide que celle du cancer de l'estomac ; les troubles digestifs et les douleurs ne cessent d'augmenter jusqu'à la terminaison. Le traitement est presque sans prises sur la linite plastique généralisée, telle que nous venons de l'envisager le bicarbonate de soude, le chlorate de soude, l'opium, les injections de morphine ne nous ont donné que des résultats nuls ou désastreux.

## Formulaire du Praticien

### Traitement des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né

En présence d'un cas d'hémorragie gastro-intestinale chez le nouveau-né, on instituera un traitement variant suivant que le cas sera léger ou plus sérieux. Dans les cas graves, il se présentera des indications particulières à remplir (Hermary, *Th. Paris*, 1896). Si l'hémorragie est légère, on se bornera à diminuer la durée des tétées, à les espacer, à tenir les enfants au chaud, et à administrer

Digitized by Google

une potion calmante. Si l'hémorragie est quelque peu importante, il faudra faire la triple prescription suivante :

1° *Agir sur la peau*, pour activer sa circulation, en faisant des frictions avec de l'alcool ou de l'eau-de-vie camphrée tièdes, ou avec des flanelles chaudes. De temps en temps, la friction sera remplacée ou suivie par un bain chaud à 38 ou 40 degrés, d'une durée de cinq minutes ou plus (Loranchet). L'enfant, enveloppé de ouate, sera placé au repos complet dans une couveuse à 37 degrés, ou, à son défaut, dans un enveloppement de ouate chauffée. On calmera, par une potion calmante ou de laudanum à dose minime, la douleur, l'agitation ou les cris s'ils sont trop fréquents.

2° *Soutenir les forces par l'alimentation* par un gavage, toutes les deux heures, de 10 grammes de lait maternel, extrait au tire-lait.

3° *Provoquer la vaso-constriction gastro-intestinale.* On donne par cuillerées à café de l'eau ou du lait glacés, additionnés de quelques gouttes d'eau-de-vie. Les médicaments internes auxquels on donne la préférence sont :

*a*) *L'ergotine*, 1/4 ou 1/2 seringue de Pravaz d'ergotine Yvon, ou 20 à 50 centigrammes en potion de 30 grammes.

*b*) *L'extrait de ratanhia*, de 2 à 4 grammes en potion.

L'association de ces deux médicaments donne les meilleurs résultats :

| | |
|---|---|
| Ergotine..... | 0,50 centig. |
| Sirop de ratanhia..... } | ãã 20 grammes |
| Hydrolat de menthe..... } | |

Par cuillerées à café de quart d'heure en quart d'heure.

On peut encore prescrire :

| | |
|---|---|
| Tannin..... | 0,15 centigr. |
| Sirop de ratanhia..... | 30 grammes |

Par cuillerées à café.

On ordonne fréquemment le perchlorure de fer à la dose de III à V gouttes.

| | |
|---|---|
| Perchlorure de fer..... | V gouttes |
| Eau ou lait sucré..... | 30 grammes |

Par cuillerées à café de 5 en 5 minutes.

On peut faire alterner ces diverses médications sans inconvénient.

L'alun a été aussi utilisé à la dose de 15 centigrammes ; mais le nitrate d'argent est plus fréquemment employé :

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent..... | 0,01 centigr. |
| Eau distillée..... | 40 grammes |

Par cuillerées à café.

Les médecins américains emploient beaucoup l'extrait fluide d'hamamelis, en donnant, les uns, XX gouttes par demi-heure, d'autres une cuillerée à thé toutes les heures. Ils se servent également de potions au tannin et à l'acide gallique (5 centigr.) et de la teinture de cachou. Dusser (*Th. Paris*, 1890), a vu employer à la maternité, dans le service de M. Guéniot, le naphtol avec succès. L'enfant prenait, en vingt-quatre heures, 30 grammes de grog, 50 à 60 grammes de lait, tant de nourrice que d'ânesse, et 20 grammes de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Naphtol..... | 0,20 centigr. |
| Eau..... | 1000 grammes |

Telles sont les indications tirées du symptôme : hémorragie, mais il en est d'autres relevant soit de la répétition des hémorragies, du mauvais état général de l'enfant, des phénomènes d'anémie, d'infection profonde, de collapsus, d'arrêt de la respiration.

Les moyens qu'on pourra diversement combiner contre ces manifestations graves sont : les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées d'éther, l'application de ventouses ou de cataplasmes sinapisés sur la poitrine, la respiration artificielle, les transfusions salines et les injections de sérum.

Otto s'est bien trouvé, dans un cas désespéré, d'une injection de 75 centigrammes de camphre benzoïque pendant le coma et de 5 centigrammes le lendemain.

Les injections de sérum artificiel produisent les meilleurs résultats.

L'injection doit se faire sous la peau de l'abdomen, à la fesse, ou dans la région trochantérienne, avec toutes les précautions antiseptiques voulues. On peut employer le sérum de Hayem ou celui de Luton dont nous rappelons la formule :

| | |
|---|---|
| Phosphate de soude cristallisé | 5 grammes |
| Sulfate de soude..... | 10 — |
| Eau distillée..... | 100 — |

Cinq grammes par jour.

Reinach a employé les injections sous-cutanées de sérum de cheval à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, il constata un relèvement notable de l'état général et en obtint de bons succès, mais il observa les accidents sérothérapiques ordinaires (albuminurie, érythème, ascension thermique) ce qui rend la méthode dangereuse.

Après l'hémorragie, on surveillera les enfants de près, car la convalescence est longue. L'allaitement maternel avec tétées courtes et espacées, et la couveuse ou l'enveloppement ouaté sont à conseiller. Si la syphilis est incriminée, on soumettra l'enfant au traitement mercuriel dès que les phénomènes d'hématémèse ou de melœna le permettront. — M. D.

---

**Contre la diphtérie** (Elsaesser).

| | |
|---|---|
| Sulfate d'atropine..... | 0 gr. 003 |
| Chlorhydrate de cocaïne.... | 0 gr. 005 |
| Eau d'amandes amères..... | 20 grammes |

Autant de gouttes que l'enfant a d'années. X gouttes par heure pour un adulte. (*Th. Monatsh.*)

**Contre les épitaxis rebelles** (Rendu).

Priser plusieurs fois par jour un mélange composé de :

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 0 gr. 50 |
| Tannin..... | 1 gramme |
| Sucre en poudre..... | 10 — |

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**L'épilepsie par chloro-anémie et son traitement.** — D'après M. le Dr Lemoine (*Nord méd.*, 1er janv. 1897), il n'est pas rare de rencontrer des épileptiques de l'un et l'autre sexe, principalement du sexe féminin et qui sont devenus anémiques du fait d'une maladie intercurrente ou d'une mauvaise hygiène. Il est fort important de tenir compte de cet état général, car la pauvreté du sang en globules et le défaut d'oxygénation des tissus qui en résulte, entretiennent la fréquence des attaques d'épilepsie. Ces malades supportent mal les bromures qui leur occasionnent des maux de tête violents, des troubles des sens et de l'idéation, des perversions de la sensibilité ou d'autres manifestations d'ordre nerveux, à l'exclusion des symptômes cutanés du bromisme. Il convient donc, chez eux, avant d'instituer une médication antispasmodique, de s'appliquer exclusivement à améliorer l'état général. Il faut, quand le malade est affaibli, être parcimonieux de douches froides et d'enveloppements froids. Au contraire, l'eau tiède peut rendre de grands services et, donnée en douches à 38° ou en lotions matinales, aider le malade à se remonter. Il est bon de prescrire des massages légers ou une friction alcoolisée après chaque douche ou affusion. L'alimentation devra toujours être assez abondante. Le séjour au grand air, et surtout à la campagne, le repos de l'esprit, l'absence de travaux intellectuels doivent être, autant que possible, recommandés. Le fer rend, dans ces cas, les plus grands services, en apportant une grande amélioration à la santé générale. Gowers avait déjà remarqué que des attaques d'épilepsie qui résistent au bromure seul, peuvent céder à l'association du bromure et du fer, et que certains malades se trouvent mieux du fer seul que du bromure seul.

Il faut donc retenir ce fait de l'intolérance que les anémiques présentent vis-à vis des bromures. Ces médicaments augmentent leur affaiblissement général, et paraissent même entretenir les crises; dans tous les cas, ils ne les font jamais cesser. Les préparations ferrugineuses qui paraissent préférables aux autres sont le protaxalate de fer et le tartrate ferrico-potassique. Si l'appétit des malades est diminué, il faut chercher à l'exciter par des préparations amères, colombo, gentiane, quassine, prises environ une demi-heure avant les repas. Il est bon de s'abstenir de toute autre médication pendant tout le temps que dure la médication ferrugineuse, c'est-à-dire pendant 2 à 6 mois; ce n'est que quand l'état général est tout à fait satisfaisant et que les symptômes d'anémie ont disparu qu'on peut donner du bromure ou, mieux, du borax, et encore à petites doses et avec prudence, en suspendant cette médication, dès qu'apparaissent des signes de dépression, faiblesse des jambes, lourdeur de tête, etc. Même quand l'épilepsie paraît être d'origine héréditaire ou juvénile, le fer réussit mieux que le bromure, lorsque l'anémie domine l'état général, à plus forte raison est-il indiqué lorsque les crises paraissent être sous la dépendance directe de l'anémie.

La médication martiale ne doit pas être cessée brusquement, il est bon de diminuer graduellement les doses, et de la reprendre ensuite tous les deux ou trois mois pendant 2 à 3 semaines chaque fois. Ce traitement est en définitive celui de la chloro-anémie, et c'est parce que celle-ci cause ou entretient l'épilepsie qu'il faut recourir à lui. — M. D.

---

**L'atropine contre l'intolérance quinique.** — C'est un fait connu de tous les cliniciens que même les faibles doses de quinine provoquent chez quelques malades des bourdonnements d'oreille, des tintements, des bruits de cascade ou de rivière, de la surdité, des vertiges, quelques maux de tête, symptômes parfois si accentués que l'on est obligé de renoncer à l'emploi de ce médicament. Le Dr Aubert (*Lyon méd.*, 3 janvier 1897) pallie à ces inconvénients et même les supprime tout à fait en associant l'atropine à la quinine dans la formule suivante, par exemple :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrosulfate de quinine... | 0,40 centigr. |
| Sulfate d'atropine..... | 1/2 milligr. |
| Par cachet. | |

Ce fait que l'atropine atténue ou fait disparaître les inconvénients des sels quiniques mérite d'être signalé à l'attention des praticiens et prouve une fois de plus que l'atropine est le « médicament des tolérances ». Car on connaît déjà le fait que les effets nauséeux des injections de morphine sont prévenus ou très atténués par l'addition d'une faible dose d'atropine. D'autre part, Aubert et Petges (*Th. Lyon*) ont signalé l'utilité de la belladone comme moyen de faire tolérer l'iodure de potassium. Il semble donc que la belladone rende des services contre le quinisme, et paraît mieux réussir que les autres médicaments préconisés dans ce but à savoir le bromure de potassium, et l'ergotine seule ou associée à l'opium. — M. D.

---

**Toux spasmodique émétisante des jeunes enfants.** — Ce symptôme, d'après M. le Dr Gastou (*Journal de clin. et thérap. inf.*, 1896) est le plus souvent la manifestation d'un coryza postérieur ou parfois antérieur. Les mucosités nasales tombent dans l'arrière gorge, et, par suite du chatouillement de la région pharyngo-laryngée, provoquent le réflexe d'expulsion. De là, une toux spasmodique, coqueluchoïde, s'accompagnant de nausées et de vomissements et survenant lorsque l'enfant est couché. Les calmants sont, en général, insuffisants et la médication suivante est à conseiller : irrigations nasales avec le siphon de Weber, si l'enfant est déjà grand; ou bien

Digitized by Google

introduction d'un petit tampon d'ouate hydrophile effilé en pointe et imbibé de vaseline boriquée ou mieux de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide borique | 1 gramme |
| Antipyrine | 0,50 à 1 gr. |
| Vaseline | 20 grammes. M.D. |

**Traitement de la cystite blennorrhagique aiguë.** — M. Balzer prescrit fréquemment le biborate de soude (Thèse de Marco-Charalambief).

| | |
|---|---|
| Biborate de soude | 30 grammes |
| Bicarbonate de soude | 10 — |

Deux cuillerées à café à prendre dans la journée dans un litre de limonade au citron. Il faut savoir que les urines prennent souvent à la suite une coloration légèrement jaune verdâtre.

Le salycilate de soude réussit bien quand la cystite est compliquée de rhumatisme.

| | |
|---|---|
| Salycilate de soude | 4 à 6 gr. |
| Sirop de limons } | ãã 60 gr. |
| Eau de menthe } | |

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude | 30 grammes |
| Salycilate de soude | 10 — |

Deux cuillerées à café dans les 24 heures dans un litre de limonade au citron.

**Traitement du pityriasis versicolor** d'après le Dr Brocq (*Journ. méd. et chir. prat.*). Le meilleur traitement consiste en l'emploi de la teinture d'iode, mais il faut y renoncer quand les taches sont trop étendues. Le mieux est alors de faire un premier nettoyage dans un bain sulfureux avec du savon additionné comme il suit :

| | |
|---|---|
| Savon mou de potasse | 60 gr. |
| Acide salicylique | 2 — |
| Résorcine | 1 — |

Au sortir du bain, frictions avec un linge rude, et enduire avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide salycilique | 0 gr. 30 |
| Soufre précipité | 2 gr. |
| Oxyde de zinc | 3 gr. |
| Huile de lin } | ãã 5 gr. |
| Terre siliceuse } | |
| Lanoline } | |

Cette pommade forme une pâte qui colle fort à la peau : pour l'enlever, on se sert de vaseline pure ou d'huile, puis de savon noir de cuisine ou de savon à l'acide salycilique ou au naphtol. On peut également employer les pommades mercurielles au turbith, par exemple, mais il faut éviter alors l'emploi des bains sulfureux qui noirciraient la peau, et leur substituer les bains alcalins. Lorsque la peau est un peu irritée, on peut la calmer par une pommade contenant un peu d'acide salycilique qui favorise la desquamation, et on recommence le même traitement si cela paraît nécessaire. Quad le malade a été ainsi blanchi, il doit continuer à faire pendant quelque temps, deux fois par semaine, les savonnages indiqués. De plus, comme presque tous les malades portent de la flanelle et qu'elle est le réceptacle du microsporon furfur, il faut la faire complètement désinfecter.

**Excipient pour les onguents ophtalmiques.** — Le Dr Thuma propose pour remplacer la vaseline, le mélange suivant (*Gaz. méd.*, Liège, décembre 1896) :

| | |
|---|---|
| Lanoline | 25 grammes. |
| Huile d'amandes } | ãã 4 — |
| Eau distillée } | |

Ce mélange ne provoque aucun malaise, il est le meilleur excipient de l'oxyde jaune de mercure et est apprécié des malades à cause de la sensation du bien-être qu'il produit. Il ne rancit pas quand on ajoute un peu d'acide borique. — M. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement des polypes utérins.** — Comment le praticiens doit-il se comporter, en présence d'un polype de l'utérus ? Telle est la question qu'envisage M. Sébileau (*Gaz. méd. de Paris*, 9 janvier 1897), et dont il pose les règles générales et les indications thérapeutiques.

L'antisepsie de l'opérateur et celle de l'opérée doivent être, bien entendu, absolument rigoureuses. Comme instruments, il faut bannir sans pitié ceux dont se servaient les anciens chirurgiens et auxquels on a recours quelquefois encore aujourd'hui : l'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, l'anse galvano-caustique. Non seulement ces instruments sont encombrants, mais encore sont-ils inutiles et d'une stérilisation difficile. Le pédicule des polypes utérins n'est pas, en effet, tellement vasculaire, qu'il faille se préoccuper, outre mesure, de l'hémorragie, à laquelle peut donner lieu sa section : sa torsion, s'il est mince, sa ligature, s'il est gros, suffiront dans tous les cas. La section du pédicule doit être faite le plus près possible de sa base, être extemporanée, c'est-à dire qu'il est inutile d'attendre deux ou trois jours, avant de la pratiquer ; enfin, on la fera « avec des ciseaux courbes glissés le long de l'index, si l'on opère par les voies naturelles ; tout au fond du canal cervical, avec le thermo-cautère, de préférence, si une section préalable de l'utérus met sous les yeux du chirurgien la région sur laquelle s'implante le polype ».

Au point de vue thérapeutique, les cas qui se présentent sont, d'après M. Sébileau, différents :

1° Si le polype est visible, à petit pédicule, il n'y a qu'à le saisir entre les mors d'une pince, le tordre : il se détache tout seul.

2° Si le polype est visible, à pédicule moyen. on dilate le col à l'aide d'une tige de laminaire, et on coupe le pédi-

Digitized by Google

cule, préalablement tordu, à l'aide de ciseaux courbes, glissés le long de l'index, introduit dans le canal cervical. Des pinces doivent immobiliser le col.

3° Si le polype est caché, dilater le col; la dilatation permet d'atteindre le polype et de le traiter, comme précédemment; si la dilatation est impossible, il faut avoir recours au procédé suivant :

4° Si le polype est à large pédicule, visible ou caché, il faut renoncer à l'extraire par les voies naturelles et pratiquer sur l'utérus des incisions libératrices.

Deux procédés sont en présence; le premier est la double section verticale, allant du museau de tanche à l'insertion du vagin sur le col; M. Sébileau la déclare insuffisante, car la partie supérieure du canal cervical, l'isthme reste fermée. Il donne la préférence à un autre procédé qui n'est le premier temps de l'hystérectomie vaginale pratiquée suivant le procédé Quénu-Müller. C'est-à-dire qu'il faut pratiquer la section médiane de l'utérus, après incision du cul-de-sac vaginal antérieur sur le col et décollement du péritoine aussi haut que le commande l'insertion du polype. Ce dernier étant enlevé, on peut suturer l'une à l'autre les deux lèvres utérines, en respectant la muqueuse. On termine l'opération par un léger curetage et par un drainage de la cavité, à l'aide d'un tube de caoutchouc. — L. F.

## MÉDECINE

**La paralysie pupillaire dans l'accès d'hystérie.** — On admet généralement avec Charcot et Gilles de la Tourette que la pupille réagit à la lumière pendant la crise d'hystérie, tandis qu'elle est insensible dans l'accès comitial. Toutefois Féré a signalé en 1882 un cas d'hystérie avec abolition du réflexe pupillaire. M. Karplus a examiné à la clinique du professeur Krafft-Ebing les pupilles d'hystériques pendant des accès convulsifs provoqués, il a constaté à différentes reprises qu'elles pouvaient rester inertes à l'action de la lumière. Tantôt elles étaient rétrécies, tantôt dilatées. Pour faciliter ses recherches, il introduisait un écarteur entre les paupières. Le nombre relativement restreint d'observations ne permet pas encore à l'auteur d'apprécier la signification de ce phénomène, ni d'en indiquer la pathogénie. En considération de son importance diagnostique, il nous a semblé utile de le signaler. (*Wiener Klin. Wochenschrift*). — B. D.

## CHIRURGIE

**Rupture de la vaginale dans l'hydrocèle.** — Nous avions déjà rappelé il y a quelque temps dans ce journal, à propos d'un cas de rupture de la vaginale dans l'hydrocèle, que cet accident s'observait quelquefois, et était en réalité beaucoup plus fréquent que ne le signalaient les auteurs classiques. Un nouveau cas de M. Frarier (*Prov. méd.*, 1897), en fournit une observation intéressante de plus : il s'agit d'un malade porteur d'une hydrocèle, parfaitement tolérée, ne datant que d'un an, et qui ces jours derniers, à la suite d'une chute, eut une rupture de sa vaginale, à sa partie antéro-interne et vit le volume des bourses augmenter d'une façon considérable, en même temps que son hydrocèle se transformait en hydro-hématocèle.

Il est évident que ces sortes d'accidents sont dus à une transformation scléreuse rapide de la vaginale, et à la formation de pachy-vaginales sur lesquelles Reverdin a le premier attiré l'attention. D'après lui, des altérations constatées sont diverses et présentent tous les degrés : pachy-vaginalite légère, limitée à quelques rares points de la séreuse; épaississement plus ou moins considérable, avec ou sans dégénérescence granulo-graisseuse des parois; plaques crétifiées quelquefois aussi résistantes que du tissu osseux et occupant le plus souvent seulement des points limités de la vaginale.

Quant au siège de la rupture, il ne présente pas un point absolument fixe, comme, depuis la thèse de Saint-Martin (1893), on avait tendance à l'admettre; non seulement la vaginale se déchire à sa partie antéro-supérieure (opinion de Saint-Martin), mais peut se déchirer en un point quelconque de son étendue, presque toujours à l'endroit le plus faible. Les travaux de Poncet, Delore, Burdet, ont établi d'une façon incontestable cette variabilité dans la localisation de la déchirure.

Les symptômes ne présentent d'intérêt que dans la rapidité de leur apparition : ce sont les signes d'une hydrohématocèle, avec teinte violacée sur la peau, qui est légèrement infiltrée, et dont la palpation ne permet pas toujours de reconnaître exactement la place du testicule. Quant au traitement, il doit être rapide et comporte la résection, le plus complètement qu'il sera possible, de la vaginale.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 12 janvier 1897*

**Un nouveau tœnia : le davainea madagascariensis.** — M. Blanchard rappelle que ce tœnia, venant de Madagascar, a été d'abord étudié par Davaine. La description de ce ver par cet auteur pourrait se rapprocher de celle du tœnia nana. Il ne lui accorde que 25 anneaux et place le pore génital sur le même côté pour tous les anneaux.

Le Dr Chevreau (de Port-Louis) a observé ce parasite chez plusieurs enfants en bas âge. Il existe donc à l'île Maurice.

Leuckardt en a également étudié un cas à Bangkok. Ce tœnia, contrairement à ceux de Davaine et de Chevreau, possédait encore sa tête munie de 90 crochets et d'un manche fort long.

Max Weber en a observé un cas dans les Indes néerlandaises. Daniels en Guyane.

Digitized by Google

On voit donc que ce parasite est, en quelque sorte, cosmopolite; que, de plus, il est rapprochable d'un parasite se rencontrant chez les oiseaux. La description à laquelle s'arrête M. Blanchard est celle-ci : filiforme en avant, aplati et large en arrière, il mesure environ 15 centimètres et ne compte pas moins de 350 anneaux.

L'auteur pense que la transmission à l'homme se fait par l'intermédiaire d'un insecte se trouvant en grande quantité à bord des navires.

**Hygiène industrielle.** — M. Napias. L'auteur étudie les diverses lois présidant à la réglementation du travail dans les divers pays. Il étudie tout spécialement la limite d'âge ponr l'enfance. Il montre que cette limite a tendance à être de plus en plus reculée. D'abord à 8 ans, puis à 12, elle est, maintenant, reportée à 13 ans.

M. Gautier présente la nouvelle édition de sa chimie biologique dans laquelle il insiste tout spécialement sur les conditions de la vie cellulaire; sur les propriétés réductrices de la cellule; sur sa vie anérobie. Il pense avoir suffisamment démontré que la production de l'urée, de l'uréine et des ptomaïnes peut s'effectuer en dehors de l'influence de l'oxygène.

Election d'un membre titulaire de la section de pharmacie. Candidats : MM. Guignard, Beauregard, Bourquelot. M. Guignard est élu par 68 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 8 janvier 1897*

**Lavage du sang dans une infection à streptocoques. (Endocardite infectieuse?) Guérison.** — M. Dalché. L'expression « lavage du sang » implique l'idée de faire passer dans les voies circulatoires un liquide inoffensif qui enlève au milieu sanguin les principes nuisibles dont il est chargé. Au sens rigoureux du mot, le procédé qui se rapproche le plus du lavage est celui qui combine la trausfusion et la saignée, pourvu que cette soignée soit encore suffisante. Mais l'injection senle de la solution saline dans la veine constitue une sorte de lavage à certaines conditions : il faut que le liquide pénètre avec abondance et que les reins, le cœur et les poumons du malade ne portent pas d'altérations profondes. Une grande élimination urinaire (ou intestinale, cutanée, etc.) provoquant une évacuation considérable de poisons, sera d'autant mieux obtenue qu'on introduira une notable quantité de sérum artificiel, sans arriver aux doses dangereuses. Une femme de vingt-sept ans entra à l'hôpital Beaujon, pour des accidents pyohémiques, dans un état typhoïde alarmant, en stupeur, subictérique, et présentant, au niveau des membres, plusieurs abcès et des plaques de lymphangite; il n'y avait rien à l'utérus; et la constatation d'un souffle mitral, puis d'un souffle aortique, qui se manifestent l'un après l'autre les jours suivants, firent songer à la possibilité d'une endocardite, cause ou effet de l'infection, que des recherches bactériologiques nous apprirent relever du streptocoque. Je fis une injection intraveineuse de un litre de sérum artificiel d'Hayem cinq jours de suite; chaque lavage fut suivi d'un frisson d'une violence inouïe et d'une élévation de la température qui monta jusqu'à près de 42 degrés, pour retomber, le soir même, aux environs de la normale. L'état général s'améliora assez vite et la malade finit par guérir.

Après l'injection intra-veineuse, il survient de tels phénomènes réactionnels qu'il est bien difficile de considérer la polyurie et la toxurie comme les seuls heureux effets qu'elle provoque. Elle a encore, sur l'organisme atteint, une action sthénique des plus remarquables, et favorise les efforts qu'il tente pour lutter contre la maladie. Les phénomènes critiques sont incomparablement plus marqués, pour des quantités égales de liquide, à la suite des injections intra veineuses qu'après les injections sous-cutanées; mais le lavage par la voie intra-veineuse nécessite aussi davantage une intégrité du rein et du cœur. J'ai vu survenir des accidents du cœur forcé chez une femme atteinte de myocardite et de sclérose rénale à la suite d'une injection de 650 grammes précédée d'une saignée de 250 grammes, d'où surcharge de 400 grammes seulement. Il faut examiner le cœur et le pouls avec autant de soin que l'on vérifie l'état des fonctions urinaires.

**Un cas de sigmoïdite aiguë.** — L. Galliard. Une femme de vingt-huit ans, atteinte de fièvre typhoïde à l'âge de huit ans, entre le 28 novembre 1896, dans mon service à l'hôpital Tenon, avec le diagnostic : *métrite*. Depuis huit jours, elle n'a pas eu de garde-robe, mais l'émission des gaz a persisté; depuis deux jours elle vomit : violent mal de tête, prostration. Température vaginale, 39°,1. On constate dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse, ovoïde, faisant corps avec l'S iliaque, non dépressible, non fluctuante, peu mobile, douloureuse à la pression. Le toucher rectal ne donne pas de renseignement. Le toucher vaginal démontre l'intégrité de l'utérus et des annexes. Lavement purgatif, onctions chloroformées, cataplasme, lait. Le second jour, 38°,5 et 38°6. Le troisième jour 38°,5 et 39°,1. Les lavements produisent peu d'effet. Pas de météorisme.

Le quatrième jour, un verre d'eau de Sedlitz provoque plusieurs selles, 38°,1 et 38°,3. Le jour suivant, 38° de diarrhée. Pas d'évacuation purulente. La tumeur diminue progressivement. Elle n'a guère que le volume d'un œuf de poule; lorsque je prie M. Gérard-Marchant d'examiner la malade, le 10 décembre, il reconnaît comme moi, l'intégrité de l'appareil génital.

Le 20 décembre, l'état général est satisfaisant. On trouve encore dans la fosse iliaque une masse dure et mobile comparable à une grosse noix. La malade quitte l'hôpital.

**La zone sonore inféro-dorsale a gauche du thorax.** — M. L. Galliard. Il existe à la base du thorax, à gauche,

Digitized by Google

en arrière, une zone horizontalement étendue des dernières vertèbres dorsales à la légion inféro-axillaire ; limitée inférieurement par une ligne horizontale; limitée supérieurement par une ligne d'abord horizontale, puis obliquement ascendante, plus haute par conséquent, sur le côté de la poitrine, qu'au voisinage de la colonne vertébrale, où sa hauteur ne peut guère dépasser trois travers de doigt. Cette *zone sonore inféro-dorsale* subit, au point de vue des modalités plessimétriques, l'influence de la distension gazeuse de l'estomac et du colon.

Le poumon gauche, était-il comprimé ou refoulé par ces organes distendus, était-il probablement sain, la zone inféro-dorsale fournit un *tympanisme spécial* qui se distingue de la sonorité que donne le parenchyme pulmonaire dans la région sus-jacente.

Le poumon gauche est-il hépatisé, ce tympanisme contraste avec la matité que donne le bloc pneumonique sus-jacent.

La plèvre gauche contient-elle des gaz et pas de liquide (pneumothorax simple), la zone inféro-dorsale fournit un son *amphorique*.

La plèvre gauche contient-elle du liquide et des gaz (hydropneumothorax), cette zone donne un son *hydro-aérique* ou *métallique*, signalé par moi au Congrès de Bordeaux, en 1895, et décrit dans un article de la *Presse médicale* du 20 juin 1896 : *Un signe insolite et fugitif de l'hydropneumothorax à gauche.*

Lorsque la plèvre gauche contiendra seulement du liquide, on trouvera *probablement*, dans certaines conditions, le même son métallique. Piorry l'a constaté sur le cadavre, dans un fait de pleurésie diaphragmatique. Dans deux cas où le tympanisme inféro-dorsal avait précédé l'apparition d'un empyème métapneumonique, j'ai constaté une altération de la mutité qui aurait pu induire en erreur un observateur non prévenu.

C'est surtout au point de vue du traitement de la pleurésie gauche qu'il importe d'étudier le plessimétrisme de la zone inféro-dorsale.

**Ectopie cardiaque.** — M. Moutard-Martin présente un malade, entré dans le service avec le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, et chez lequel la radioscopie montra un déplacement du cœur à droite, probablement dû à une pleurésie ancienne.

**Lymphadénie généralisée.** — M. Fernet présente les pièces anatomiques provenant d'une jeune fille de 22 ans, morte de lymphadénome généralisé. Il existait de chaque côté du cou deux masses ganglionnaires, se prolongeant dans le médiastin et comprimant le tronc brachio-céphalique gauche. Des tumeurs de même nature s'étaient développées sur les méninges rachidiennes, et avaient déterminé une paraplégie par compression de la moelle, avec exagération des réflexes. Pendant la vie, M. Fernet avait pratiqué des injections de naphtol camphré dans les masses du cou qui en avaient déterminé un commencement de résolution.

M. Hayem lit une note sur la *persistance de la propriété agglutinante du sérum des typhiques après chauffage à 57-59 degrés.*

**Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.** — MM. Sabrazès et Hugon, de Bordeaux, ont pratiqué 22 fois l'épreuve du séro-diagnostic dans la dothiénentérie et dans des maladies qui la simulent. Ces recherches ont toujours été positives dans la fièvre typhoïde, et négatives dans le cas contraire.

H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 13 janvier 1897*

**Intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.** — M. Tuffier a pratiqué depuis l'année 1888 quinze interventions pour des cas de tuberculose rénale, ce qui montre que cette affection est loin d'être rare. Trois grands symptômes en représentent les indications opératoires : ce sont les hématuries, les douleurs et les phénomènes d'infection.

Les hématuries peuvent mettre la vie du malade en danger par leur abondance et leur fréquence ; on les a comparées avec raison à de véritables hémoptisies rénales par leur profusion et leur répétition. Lorsque les moyens médicaux se sont montrés impuissants à les arrêter, il est indiqué de les arrêter par une intervention directe, soit néphrectomie, soit néphrotomie, et on peut obtenir plusieurs années de survie, ainsi que M. Tuffier en rapporte des exemples.

Les accidents douloureux se présentent sous forme de coliques néphrétiques subintrantes, tenaces, se reproduisant à intervalles fréquents pendant plusieurs années. Palliés par certains traitements, ils ne disparaissent jamais d'une manière complète que par l'intervention directe.

Enfin, les phénomènes d'infection ou d'intoxication relèvent d'une pyélo-néphrite tuberculeuse, ou de rétention purulente dans les foyers situés au milieu du parenchyme rénal. La néphrotomie avec curage des foyers paraît convenir surtout à ce genre d'accidents. Si la néphrectomie, opération plus radicale, débarrasse le malade d'une manière complète de sa lésion locale, on ne doit pas oublier qu'elle offre certains dangers, en raison de la bilatéralité possible des lésions.

**Epithélioma suppuré du foie.** — M. Routier rapporte une observation montrant combien le diagnostic de ces tumeurs est difficile. Il s'agit d'un malade présentant tous les symptômes d'un kyste hydatique du foie. Une ponction exploratrice, pratiquée dans la tumeur, amena du pus ; mais la laparotomie révéla l'existence d'un épithélioma dégénéré. Le malade succomba aux progrès de la cachexie.

**Intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie.** — M. Ricard. La question de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie a été apportée

Digitized by Google

à la Société de chirurgie par M. Segond, à propos d'un cas qui lui est personnel.

A cette occasion, M. Terrier a pris la parole pour faire connaître un procédé de suture intra-hépatique, procédé dû à un chirurgien russe. et permettant de faire l'extirpation des tumeurs du foie sans perte appréciable du sang, et son élève M. Auvray vient de nous communiquer le résultat de ses très intéressantes expérimentations sur les animaux.

L'hémorragie est, en effet, le brave danger qui rend périlleuse l'extirpation des tumeurs malignes du foie. Les procédés nouveaux et perfectionnés permettent peut-être l'extirpation de tumeurs hépatiques non vasculaires; mais il est bon de se rappeler qu'il est au foie des tumeurs essentiellement vasculaires, dont la moindre blessure, même à l'aide d'une aiguille, peut être rapidement mortelle.

M. Terrier vous fera sans doute connaître un cas de cette nature, où une simple ponction faite au bistouri amena la mort du malade sur la table d'opération.

J'ai observé un cas de ce genre, où j'ai eu grand'peine à me rendre maître d'une hémorragie, à la suite d'une ponction faite à l'aide d'un trocart presque capillaire.

La difficulté, sinon l'impossibilité d'un diagnostic clinique de ces tumeurs, heureusement rares, m'autorise à vous donner, à titre de document, la relation de l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans environ qui, depuis quelques mois, était atteinte de troubles dyspeptiques avec douleurs épigastriques vagues. Elle fut soignée quelque temps pour une affection gastrique, lorsque une voussure apparut à l'épigastre.

Je fus appelé à ce moment. La voussure était manifeste, médiane et distendant le creux épigastrique; elle était du volume d'une tête fœtale, régulière, rénitente, presque fluctuante, mobile dans les mouvements respiratoires et absolument indolente. Mon diagnostic fut : kyste hydatique du foie ; et aujourd'hui, après l'erreur commise, je me demande encore quel autre diagnostic aurait pu être raisonnablement porté. Pour le confirmer, je fis une ponction avec la seringue de Pravaz. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide ; mais le fait est si fréquent dans les hydatides à vésicules; l'aiguille dont je m'étais servi était de dimension si petite que mon diagnostic resta le même et que l'intervention fut résolue.

Je pratiquai la laparotomie avec l'aide de deux de mes internes. L'abdomen ouvert, la tumeur hépatique apparut de suite, telle que nous nous la représentions comme forme et comme dimension. Mais, au lieu de voir l'enveloppe translucide d'un kyste hydatique, c'était du tissu hépatique de coloration légèrement violacée. De plus, la grosseur, au lieu de dédoubler le bord tranchant du foie, le surplombait en le respectant, fait insolite dans le cas de distension du foie par une tumeur parasitaire.

Je pratiquai au point culminant de la tumeur une ponction à l'aide du petit trocart de l'appareil Potain. Un jet de sang noir en sortit comme si la pointe de l'instrument eût pénétré dans un énorme vaisseau veineux. Je relevai la pointe de l'instrument de quelques centimètres et l'enfonçai dans une autre direction. Ce résultat fut le même : un véritable jet de sang sortit de ma canule. Je retirai le trocart, décidé à ne point pousser plus loin mon exploration ; mais mon orifice de ponction saigna d'une façon aussi inquiétante que prolongée. J'essayai de la fermer par des sutures de Lambert; mais les orifices créés par l'aiguille donnèrent lieu à la même hémorragie, et je ne pus m'en rendre maître que par une cautérisation ignée, faite au rouge sombre, et une compression qui doit être maintenue pendant plus de vingt minutes, non sans une certaine inquiétude.

Je pus enfin, l'hémorragie arrêtée, refermer l'abdomen.

Les suites opératoires furent très simples, sauf quelques douleurs abdominales vives pendant les premières heures. Les fils furent retirés vers le dixième jour. La malade alla bien pendant six semaines, se croyant guérie. Malheureusement, les phénomènes ne tardèrent pas à s'aggraver; la tumeur augmenta de volume, doubla presque en quelques semaines; un épanchement hémorragique survint, nécessitant plusieurs ponctions. Les membres inférieurs devinrent œdémateux, la cachexie fit de rapides progrès et la malade s'éteignit quatre mois et demi après l'intervention.

Cette opération avait eu lieu sur une malade de la ville et l'autopsie ne put malheureusement pas être faite; mais l'évolution rapide du mal, son mode de terminaison ne laissent aucun doute sur la nature maligne de la tumeur hépatique et permettent de penser à un *sarcome vasculaire*.

J'ai tenu à rapporter cette observation, non pas pour m'inscrire contre l'extirpation des tumeurs hépatiques d'une façon générale, mais pour attirer l'attention sur ces tumeurs exceptionnelles, dont l'exérèse ne me paraît pas pouvoir être tentée. — H. M.

## ACTUALITÉ

### Le concours dit du Bureau Central (ancien style) (1)

Par le Dr Gingeot, *médecin de l'Hôtel-Dieu*

Nous vivons dans un temps où l'on a soif de réformes. Le désir d'améliorer constitue sans doute un bon sentiment, et je n'imagine pas qu'il y ait des optimistes assez absolus pour soutenir qu'on soit arrivé en toutes matières à la limite extrême du progrès. Ceux-là ont donc raison, qui veulent perfectionner les institutions, en élaguer ce qu'elles peuvent présenter d'insuffisant ou de nuisible, et les approprier plus sûrement aux services qu'elles doivent rendre.

Ayons la passion du mieux, travaillons à le réaliser, mais, en même temps, songeons aux dangers de l'entreprise. Rien n'est à redouter comme les conséquences d'un trop grand zèle : à force de vouloir à tout prix réformer, on s'expose à fermer les yeux sur les

(1) On m'excusera de conserver, pour la commodité du langage, une dénomination encore familière à tous, bien qu'actuellement inexacte.

Digitized by Google

avantages les plus positifs d'une chose établie, pour n'en voir que les défectuosités relatives, telles qu'il s'en trouve dans toute œuvre humaine, et à sacrifier la conversation des premiers au plaisir un peu compensateur d'éliminer les secondes.

N'est-ce point un péril de ce genre qu'affrontent les esprits, d'ailleurs bien intentionnés, qui veulent remanier profondément le concours « du Bureau central » ? Ne risquent-ils pas, en préconisant certaines modifications graves des conditions de ce concours d'enlever à celui-ci les garanties qu'il offrait, de le dénaturer sans profit, et d'en gâter les résultats dans l'avenir? Je n'hésite pas à répondre affirmativement, et je vais tâcher de justifier mon opinion.

— D'une façon générale, à quoi servent les concours donnant accès à telles ou telles fonctions publiques? Evidemment à mettre en lumière les aptitudes respectives des compétiteurs et à faire choisir les hommes dont les qualités répondent le plus exactement au rôle à remplir. Le concours du B. C., organisé comme il l'est encore aujourd'hui, donne-t-il satisfaction à ce desideratum ? Nous allons préparer la solution du problème en considérant successivement : 1° les qualités nécessaires à un médecin d'hôpital ; 2° les épreuves au moyen desquelles on a cherché à peser ces qualités chez les candidats en présence.

Un médecin d'hôpital a besoin, en première ligne, d'être au courant de la science ; la connaissance des travaux de pathologie pure ne lui importe pas moins que celle des recherches visant directement le diagnostic, le pronostic ou la thérapeutique : ces trois parties de l'art médical étant effectivement d'autant mieux assises qu'elles ont pour bases les notions scientifiques proprement dites.

Outre le soin des malades, la première, manifestement, de ses obligations, un chef de service hospitalier a l'obligation morale d'instruire les élèves qui l'entourent ; soit au lit du patient, soit à l'amphithéâtre, une certaine facilité d'élocution, jointe à une calme assurance en face de ses auditeurs, lui est donc indispensable.

Enfin, et surtout, le médecin d'hôpital doit être un praticien consommé, sachant non seulement porter des jugements sûrs et prendre des décisions utiles, mais faire en peu de temps l'un et l'autre. Il ne dispose, d'ordinaire, que d'une partie de sa matinée pour voir soixante, quatre-vingts, cent malades, et ne saurait, sans une grande rapidité de coup d'œil, sans une habitude exceptionnelle des examens accélérés quoique toujours méthodiques, s'acquitter convenablement de sa tâche quotidienne.

Voyons si le concours, tel qu'il est actuellement organisé, permet de discerner les individualités les plus méritantes sous ces différents rapports.

Ceux des candidats qui vont jusqu'au bout après avoir franchi l'étape de l'admissibilité définitive subissent en tout quatre épreuves : deux théoriques, dont l'une écrite sur une question impliquant l'anatomie pathologique, et l'autre orales, deux cliniques, l'une et l'autre orales, portant la première sur un, la seconde sur deux malades. Grâce aux deux épreuves de théorie pure, le jury peut apprécier et comparer la science pathologique des compétiteurs en présence : la composition écrite, notamment, qui oblige tout le monde à traiter le même sujet, laisse le moins de place possible à la chance bonne ou mauvaise qui intervient naturellement lorsque, par la force des choses, les sujets proposés varient. D'autre part, les leçons cliniques mettent précisément les candidats en face des difficultés qu'ils auront couramment à vaincre s'ils sont un jour chefs de service : dix minutes pour l'examen d'un malade, vingt minutes pour celui de deux malades, avec seulement cinq minutes pour asseoir son jugement et ses déterminations, n'est-ce pas, à peu près, l'image de ce qui attend le médecin d'hôpital chaque fois qu'arrivant dans son service il y trouve des patients nouveaux ? Quant à la facilité, à la sûreté de la parole, et, si l'on veut, aux aptitudes professorales des concurrents, les juges peuvent en connaître aisément puisque, sur quatre épreuves, trois sont des discours improvisés devant un auditoire plus propre qu'aucun autre à intimider l'orateur.

Cela étant, je me demande quelle critique vraiment grave on est en droit de formuler contre le présent *modus faciendi*. A-t-on jamais vu qu'un médecin des hôpitaux choisi et nommé au moyen du concours traditionnel se soit montré inférieur à sa situation ? Que les divers membres de la corporation ne possèdent pas au même degré le goût des productions originales, qu'il s'en rencontre parmi eux de médiocrement zélés, méritant quelquefois, bien que rarement en somme, d'être rappelés administrativement à l'observation de leurs devoirs, je ne prétend pas le nier ; mais qu'un médecin sorti victorieux du concours dont il s'agit ait jamais péché par incapacité, je le conteste formellement. Qu'on prenne la liste des médecins des hôpitaux, qu'on y cherche, parmi les vivants ou parmi les morts, un seul homme dont on puisse dire avec justice qu'il n'est pas, ou n'a pas été, scientifiquement et pratiquement, à la hauteur des fonctions à lui confiées : je défie qu'on le trouve. Et si, comme j'en suis sûr, on ne le trouve pas, que veut-on de plus, et que faut-il donc changer dans une institution aussi exactement adaptée à la production des résultats qu'on attend d'elle ?

Il ne faut rien changer, répondront les plus modérés de ceux que je combats, il convient seulement de compléter le présent système d'épreuves en y joignant la prise en considération réglementaire des travaux publiés par les concurrents. On poussera ainsi les jeunes médecins dans la voie des études et des productions personnelles, étude et productions renvoyées d'ordinaire par beaucoup d'entre eux aux temps consécutifs à la nomination qu'ils ambitionnent. Une addition de ce genre ne constituerait pas un « remaniement profond », mais simplement une amélioration éminemment favorable au progrès de la science. Que font aujourd'hui les compétiteurs ? Au lieu de contribuer, pour leur part, à ce progrès, ils se bornent à le suivre, à étendre et à relire leurs notes, à s'exercer à l'art des diagnostics extemporanés, à celui de la parole en public, et ne pensent pas à autre chose parce qu'on ne leur demandera pas autre chose à l'heure du concours. De là une stérilité intellectuelle trop fréquente chez les jeunes gens, stérilité que la perspective d'un pointage de leurs travaux antérieurs ferait nécessairement disparaître.

Eh bien, cette épreuve nouvelle, celle appréciation pointée des travaux antérieurs des candidats, je vais essayer de démontrer qu'elle serait à la fois inutile et nuisible.

Et d'abord inutile. Effectivement l'expérience nous apprend que lorsqu'un homme se sent attiré vers quelque recherche sérieuse, il se livre à celle-ci et n'en est pas empêché par la préparation du concours. Sans fouiller dans l'histoire des membres décédés de la corporation et pour s'en tenir seulement aux vivants, que l'on consulte l'*Index bibliographique des ouvrages, mémoires et publications diverses de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux et hospices* publié par l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, et l'on verra tout ce qu'ont produit de travaux avant leur nomination tant de candidats sortis vainqueurs du concours. Il me serait facile de citer des noms, beaucoup de noms, mais la chose n'est pas nécessaire et mes contradicteurs, dont la bonne foi n'est pas douteuse,

Digitized by Google

me donneront sûrement raison s'il veulent bien rapprocher certaines dates les unes des autres. La préparation à leurs épreuves n'empêche donc pas les compétiteurs de s'adonner, s'ils en ont le goût, à des recherches plus ou moins originales.

Ah ! sans doute, si l'exhibition d'un stock de publications figurait parmi les épreuves officielles pointées, le nombre des travaux livrés à la presse augmenterait forcément; ce serait à qui fournirait les mémoires les plus nombreux et les plus longs. La science gagnerait-elle vraiment à cette surabondance de brochures, d'articles de journaux, voire même de volumes? Franchement, je n'en crois rien. Les œuvres de valeur sont rarement des œuvres commandées. Quand un homme a quelque nouveauté véritablement intéressante à faire connaître, il la fait connaître spontanément, au moins dans la grande majorité des cas, et n'a guère besoin d'un stimulant artificiel pour prendre la plume.

Je soutiens en second lieu que la réforme proposée serait malfaisante.

Nous sommes plus que jamais encombrés de communications et d'écrits d'une portée souvent nulle ou à peu près nulle, et ce n'est pas un mince fléau pour les auteurs obligés à creuser l'histoire d'un sujet que d'avoir à parcourir tant d'élucubrations dont un si petit nombre les paie de leur peine. Le temps qu'on perd dans des dépouillements de cette sorte atteinte parfois de proportions énormes; pourquoi risquer d'alourdir encore le fardeau des compilateurs conciencieux? Vous voulez qu'on produise des travaux utiles, et vous ne voyez pas qu'en incitant à l'enfantement à outrance de travaux quelconques, vous retarderez encore sans profit, l'essor des esprits honnêtement scrupuleux qui ne peuvent se résoudre à présenter au public une œuvre nouvelle tant qu'ils n'ont pas lu tout ce qu'on a imprimé sur la manière de leurs études. (*A suivre*).

# A nos Lecteurs

La *Revue générale de clinique et de thérapeutique* **(Journal des Praticiens)** est surtout un journal d'actualité. Car, l'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours; elle est *ce qui se fait* tous les jours dans la pratique médicale.

Fidèles à notre programme de la première heure, nous persistons à croire qu'un journal *destiné aux praticiens* n'est pas un simple exposé de rapides informations, se bornant à reproduire presque télégraphiquement les nouvelles scientifiques dont l'importance et la réalité sont parfois discutables et ont toujours besoin de la sanction du temps et de l'expérience.

Nos lecteurs, chaque année plus nombreux, nous demandent d'abandonner moins que jamais la devise qui a présidé, il y a dix ans, à la fondation de notre journal : *De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.*

C'est pour accomplir ce programme, c'est même pour accentuer davantage encore son caractère pratique, que le **Journal des Praticiens** a considérablement augmenté — comme on peut le voir à la première page de la couverture — le nombre des membres du Comité de rédaction qui se trouve aujourd'hui composé de 37 médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, et de 16 anciens chefs de clinique, anciens internes ou internes des hôpitaux de Paris. Leur collaboration active est assurée, sans exclure naturellement celle d'autres collègues ou confrères qui n'appartiennent pas au Comité de rédaction.

Notre publication comprend tous les éléments de la pratique journalière de l'exercice médical : médecine et chirurgie générales, obstétrique et gynécologie; maladies de l'enfance, affections mentales et du système nerveux; maladies spéciales des yeux, du larynx, des oreilles et des fosses nasales, des organes génito-urinaires, de la peau; hygiène et médecine légale.

Les *mementos de médecine pratique* réunissent, sous une forme concise, des articles d'actualité sur toutes les branches de la médecine. Une fois par mois, ils sont remplacés par un *memento de recherches scientifiques* destiné à faire connaître les principales et récentes acquisitions de la science (anatomie et physiologie pathologiques, pathogénie, bactériologie, médecine expérimentale), mais seulement celles qui ont un but pratique ou qui peuvent suggérer aux lecteurs des applications thérapeutiques. Car, une grande place, la plus grande certainement, est réservée dans nos colonnes, à la clinique et surtout à la THÉRAPEUTIQUE, *la raison d'être et le seul but de la médecine.*

LA RÉDACTION.

**AVIS. — La prime à nos abonnés est épuisée.** Il reste un volume *des mementos thérapeutiques* : le tome III, que l'administration offre comme prime à ses abonnés, anciens ou nouveaux, au prix exceptionnel de 1 fr. 50 (port compris) et de 1 franc pris dans les bureaux.

T. III de 328 pages. — Hygiène des syphilitiques, par A. RENAULT. — Traitetement de la syphilis héréditaire, par MAURIAC. — La médication musculaire, par ELOY. — Des indications thérapeutiques, par HUCHARD. — Traitement de la grippe, par HUCHARD. — La médication des affections cérébrales et méningées, par GINGEOT. — Traitement de la chorée, par D'HEILLY. — Traitement de la pleurésie purulente, par BARIÉ. — Traitement de la variole, par DU CASTEL. — Traitement de la pelade, par BROCQ.

L'antisepsie en chirurgie, par RIEFFEL. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente, des fractures de la rotule, par SCHWARTZ. — Traitement de la rétroflexion utérine, par PICQUÉ.

Antisepsie obstétricale; application du forceps sur la face, par DEMELIN. — Formules diverses, pages 304 à 309.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, R^UE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Pyélo-néphrite infectieuse guérie par les injections sous-cutanées de solution saline de chlorure de sodium (1).

Par MM. Bovet et Huchard

Les faits abondent de plus en plus de maladies graves guéries par les injections soit intraveineuses, soit sous-cutanées d'eau salée appelée sérum artificiel.

Limitées jadis à combattre le choléra (Hayem), la septicémie (Sahli de Berne), l'éclampsie, la fièvre puerpérale (Porak), plus récemment le choc traumatique, le collapsus hémorragique (Pozzi, Tuffier, Duret de Lille), les injections salines étendent aujourd'hui leurs indications à toute la catégorie des maladies infectieuses, partout où il s'agit de toxines qui empoisonnent l'organisme, chez les urémiques, les typhiques, etc. Il a été donné diverses interprétations au mode d'action de cette méthode si simple et si pratique. Quelle que soit la théorie invoquée de déshydratation du sang, comme l'expliquait Hayem dans le choléra, d'élimination des produits toxiques, comme on le veut aujourd'hui et, plus probablement, selon nous, de ces deux actions combinées, la deuxième n'étant que la conséquence de la première, il n'en est pas moins vrai que certains résultats sont du domaine de l'invraisemblance et nous en apportons un qui, envisagé au point de vue des quantités de sérum injecté (2000 grammes à la fois) et de ses réactions thérapeutiques, nous paraît digne d'être relaté.

Il s'agit d'une de ces *pyélites à répétition* qui, sous le coup d'une cause occasionnelle, un refroidissement dans l'espèce, a passé brusquement à l'état de pyélo-néphrite infectieuse avec phénomènes d'intoxication généralisée.

Ces faits sont moins rares qu on le suppose dans la clientèle riche et si l'on interrogeait bon nombre de femmes, auxquelles les occupations mondaines ne permettent pas de satisfaire, en temps voulu, aux fonctions intestinales et urinaires, on apprendrait que chez ces futures infectées, les urines sont presque toujours troubles, qu'elles ont une odeur forte, qu'elle déposent du mucus et souvent du pus, qu'il y a un peu d'albumine, etc., etc.

Chez ces malades — car ce sont des malades sans le savoir — dont l'existence, névrosée pour la plupart, les relations de la vie, obligent à ne tenir aucun compte de ces symptômes, il arrive qu'à la suite d'un repas plus copieux, plus excitant, d'une soirée, d'un bal, éclate un frisson avec une fièvre de 38° à 39°, courbature, embarras gastrique et douleurs des membres inférieurs simulant, à s'y méprendre, un début d'influenza ou de fièvre typhoïde. Si alors, ne trouvant rien de bien défini par les phénomènes pathologiques subjectifs, vous examinez les urines, vous les trouvez diminuées comme quantité, d'un gris brunâtre, avec un dépôt de la moitié du volume où le pus et le mucus dominent, avec trois ou quatre grammes d'albumine par litre et une notable proportion d'urobiline. Alors s'expliquent l'opacité et le dépôt que l'on rencontrait précédemment à l'état soi-disant de santé, dépôt contenant déjà les germes d'une infection latente ne demandant qu'une cause déterminante pour évoluer avec fracas et conduire soit à l'urémie ou tout autre empoisonnement.

Telles sont les réflexions que nous suggère l'histoire de la malade dont nous allons rapporter l'observation :

Mme X..., de tempérament arthritique, a été soignée depuis janvier 1896 pour des troubles utéro-ovariens, avec état fébrile persistant ; à ce moment existait déjà une certaine purulence dans les urines que le médecin traitant croyait pouvoir négliger, pour ne s'occuper que de la fièvre. Il y avait également de l'albuminurie, trois et quatre grammes d'albumine par litre. Le traitement consistait en quinine à haute dose, lequel n'amena une sédation des phénomènes fébriles qu'au bout de trois mois.

Bien que moins purulentes, les urines renfermaient encore de petites proportions d'albumine ; c'est dans ces conditions d'albuminurie latente que Mme X..., à la suite d'une soirée qui s'était prolongée bien avant dans la nuit, fut prise de petits frissons avec courbature de tous les membres. Nous la voyons le lendemain très affaissée et se plaignant de douleurs musculaires à la région rénale et dans les deux jambes.

La peau est chaude, la température 38°, le pouls 90. Mise au lit, nous la revoyons le lendemain et les jours suivants ; la fièvre oscille entre 38° et 39°, malgré la quinine et l'antipyrine, les urines se chargent de plus en plus de pus et d'albumine en même temps qu'elles diminuent de volume.

A partir du 3 mai, elles deviennent boueuses, épaisses, prenant la teinte rouge brun des urines hémaphéiques. Leur volume est de 600 grammes avec 3 gr. 66 d'albumine et 4 gr., 62 seulement de chlorures, du pus en abondance et quelques cylindres fibrineux. Le pouls est à 130, la respiration à 28, la température à 39°,4.

La langue se sèche de plus en plus, d'abondantes fuliginosités gênent la respiration, il y a un peu de muguet.

En présence de cette situation qui s'aggrave, on se résout, sur avis de chirurgiens et médecins appelés en consultation, aux injections de sérum artificiel à 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000.

(1) *Soc. de thérap.*, 12 janvier 1897.

Digitized by Google

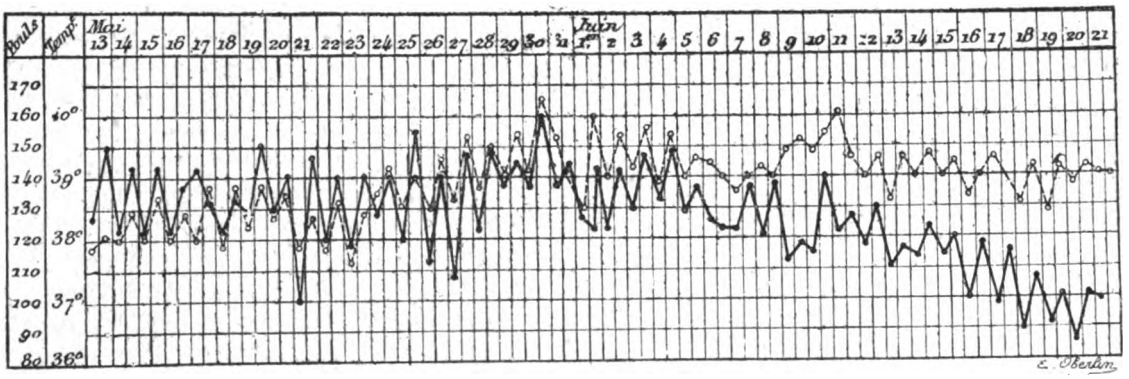



*Tableau des modifications qualitatives et quantitatives de l'urine sous l'action du sérum chlorurique*

| DATES | QUANTITÉ DE SÉRUM en injection | QUANTITÉ DE SÉRUM en lavement | QUANTITÉ D'URINE par 24 heures | CHLORURES DOSÉS en chlore par 24 heures | ALBUMINE par 24 heures | PYINE DU PUS | SÉDIMENTS LEUCOCYTES, CYLINDRES, ETC. | SYMPTOMES CLINIQUES CORRESPONDANTS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | gr. | gr. | | | | | | |
| 20 avril.. | » | » | 1,000 | 12,75 | traces. | traces. | rares leucocytes. | » |
| 28 — .. | » | » | 800 | 7,45 | 0,20 | » | rares leucocytes. | » |
| 30 — .. | » | » | 750 | 6,15 | 2,70 | » | leucocytes. | » |
| 3 mai... | » | » | 600 | 4,62 | 3,16 | abondante. | cylindres fibrineux. | » |
| 5 — .. | 200 | » | 400 | 1,28 | 2,24 | abondante. | flore bactérienne abond. | Langue très sèche : fuliginosités, muguet. |
| 6 — .. | 600 | » | 750 | 3 | 1,44 | » | » | » |
| 7 — .. | 800 | » | 1,500 | 7,95 | 0,24 | » | » | » |
| 8 — .. | 200 | 2,000 | 1,500 | » | » | » | sans-indican. | » |
| 9 — .. | 140 | rien. | 2,000 | 6,55 | 1 | » | » | » |
| 10 — .. | 200 | 2,000 | 2,100 | » | » | » | leucocytes touj. nombr. | » |
| 11 — .. | 120 | 1,000 | 2,000 | 7,89 | 1,28 | » | » | » |
| 12 — .. | rien. | rien. | 2,000 | » | » | » | » | » |
| 13 — .. | » | 500 | 1,500 | 5,85 | 0,40 | » | » | Excitation, carphologie. |
| 14 — .. | » | rien. | » | 4,27 | 0,40 | » | » | » |
| 15 — .. | » | 500 | 1,500 | » | » | » | » | » |
| 16 — .. | » | rien. | » | 2,57 | 0,80 | » | » | » |
| 17 — . | » | » | 1,500 | » | » | » | » | » |
| 18 — .. | » | » | 1,380 | 2,10 | 0,84 | moins. | » | Agitation persistante, début du subdelirium |
| 19 — .. | 350 | » | 1,200 | » | » | » | » | » |
| 20 — .. | rien. | 1 000 | 1,450 | 3,30 | 0,80 | » | » | » |
| 21 — .. | » | 1,000 | 1,500 | » | » | » | » | » |
| 22 — .. | » | 1,000 | » | » | » | » | » | » |
| 23 — .. | » | 500 | 1,550 | » | » | » | » | Idées délirantes. |
| 24 — .. | » | rien. | 1,550 | » | » | » | » | » |
| 25 — .. | » | » | 1,550 | » | » | » | » | » |
| 26 — .. | 300 | » | 1,550 | 3,92 | 0,59 | très peu. | leucocytes plus rares. | Subdelirium plus accusé. |
| 27 — .. | 530 | » | » | » | » | » | » | Oddynamie profonde. |
| 28 — .. | 760 | » | » | » | » | » | pas de cylindres. | Délire vrai. |
| 29 — .. | 780 | » | 1,550 | 2,95 | » | » | » | » |
| 30 — .. | 590 | » | » | 2,92 | 1,28 | » | » | Inconscience presque complète. |
| 31 — .. | 1,600 | 500 | 2,000 | » | » | » | » | Nuit très agitée ; malade pousse des cris rappelant les cris méningés ; visage vultueux. |
| 1er juin.. | 1,800 | rien. | » | » | » | » | » | » |
| 2 — .. | 2,000 | » | » | 3,89 | 0,10 | » | | » |
| 3 — .. | 2,000 | » | » | » | » | » | » | Beaucoup moins de délire, mais inanition accentuée. |
| 4 — .. | 1,700 | » | » | » | » | » | » | » |
| 5 — .. | 1,200 | » | » | » | » | » | » | Léger relèvement des forces. Diarrhée légère |
| 6 — .. | rien. | » | » | » | » | » | » | » |
| 7 — .. | 200 | » | » | » | » | » | » | Nuit assez calme. |
| 8 — .. | 100 | 1,000 | » | 4,32 | 0,08 | » | » | Id. |
| 9 — .. | 100 | rien. | » | » | » | » | » | Id. |
| 10 — .. | 100 | » | » | » | » | » | » | Calme parfait. |
| 11 — .. | 100 | » | » | » | » | » | » | L'appétit renaît. |
| 12 — .. | rien. | 1,000 | » | 5,20 | 0,48 | » | » | » |
| 14 — .. | 200 | 1,000 | 2,000 | » | 0,48 | » | un peu d'urobiline. | » |
| 15 — .. | » | 1,000 | 1,600 | » | » | » | » | » |
| 26 — .. | » | » | 1,400 | 3,74 | 0,12 | assez abondante | grand quant. d'urobiline | Fatigues résultant du voyage. |
| 15 juil'.. | » | » | 1,250 | 4,26 | 0,04 | » | peu de leucocytes. | Forces revenues. |
| 15 août... | » | » | » | 6,02 | 0,15 | très peu. | » | Etat général très bon. |
| 15 octob... | » | » | » | 6,48 | » | nul. | très rares leucocytes. | La malade se lève, mais reste sur la chaise longue en raison d'une infection consécutive amenant des douleurs dans la jambe gauche. |

Digitized by Google

Les deux tableaux ci-annexés résument toute l'observation : l'un donne le graphique des courbes de la température et du pouls ; l'autre relate les modifications subies par les divers éléments de l'urine (chlorures et matériaux organiques) sous l'action des quantités très variables de sérum injecté.

C'est ainsi qu'à consulter ces tableaux, on voit deux périodes : l'une d'état, du 1er au 30 mai, très critique, avec des températures 38, 39 et même 40°, un pouls de 120, 150 à 160 pendant lequel se sont manifestés les phénomènes graves de carphologie, de cris, de délire, d'adynamie complète. Pendant cette période, les doses de sérum injecté ont varié de 200 à 700 grammes.

Vient ensuite la période de déclin avec courbes de température et de pouls décroissantes ; mais l'amélioration de tous les phénomènes pathologiques n'est survenue que lorsque les injections ont été poussées à 1700, 1800 et 2000 grammes pendant près d'une semaine.

Il faut signaler parmi les modifications subies par l'urine celles relatives :

1° Au volume qui, de 600 grammes au début de l'injection, est monté à 1500 et 2000 grammes, pour se maintenir à cette dernière quantité pendant tout le temps des doses élevées de sérum ;

2° Aux chlorures qui, s'étant abaissés à 1.28 le 5 mai, se relèvent à 6 et 7 avec 200 à 500 grammes de sérum injecté et 2 litres par entéroclyse ;

3° A la proportion d'albumine qui, de plus de 3 grammes avant les injections, descend à 0 gr. 10 après les injections de 2000 grammes de sérum.

Les phénomènes cliniques ont suivi également une marche ascensionnelle, c'est-à-dire que tant que les doses de sérum n'ont pas dépassé 700 grammes par jour, ni la température ni le pouls n'ont subi de changement bien appréciable ; au contraire, les forces diminuaient de plus en plus, l'adynamie augmentait ainsi que le délire ; l'amaigrissement faisait des progrès tels que tout espoir semblait perdu. Il a fallu recourir aux hautes doses de 2000 grammes pour voir l'état grave enrayé, l'amélioration se manifester, et la convalescence s'établir nettement.

Au total, en l'espace d'environ un mois de sa maladie, Mme X... a reçu en injections sous-cutanées 16 lit. 670 et en lavements 14 litres de sérum chlorurique à 7 p. 1000, soit 215 grammes, de chlorure.

Une particularité est à signaler dans le cours des injections. Le 31 mai, au moment où la situation était considérée comme perdue de l'aveu des médecins et chirurgiens des hôpitaux appelés successivement en consultation (Guyon, Potain, Bazy, Labadie-Lagrave, Tuffier), nous avons dû, tant le corps était couvert de piqûres, injecter en une seule fois et au même endroit les 2000 grammes de sérum ; un phénomène réactionnel très saillant s'est alors manifesté et dans la température et dans le pouls, le thermomètre est descendu de 40 à 38°8, le pouls de 170 à 138. De ce moment date la défervescence de la fièvre et l'augmentation de la tension artérielle. Ajoutons que l'absorption de ces 2000 grammes de sérum était complète au bout d'une heure. Il nous a semblé même qu'après avoir injecté 5 à 600 grammes de sérum, le gonflement restait stationnaire, ce qui indiquerait que l'absorption se faisait au fur et à mesure de l'écoulement de l'injection. Dans sa leçon inaugurale faite à l'hôpital Saint-Antoine sur les injections salines intraveineuses, M. Hayem relate la méthode des injections massives de Latta allant jusqu'à 9 kil. 630 de liquide en cinquante-trois heures. Lui-même, lors de l'épidémie de choléra de 1884, fit des injections intraveineuses de 2 litres à 2 litres 1/2 avec une solution de :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium..... | 5 grammes |
| Sulfate de soude..... | 10 — |
| Eau distillée..... | 1000 — |

Ses élèves, MM. Lesage et Gaillard, appliquèrent cette méthode sur une vaste échelle et ont obtenu d'excellents résultats, mais par la voie sous-cutanée ou intramusculaire il a été rarement injecté 2000 grammes en une seule fois et au même lieu d'élection. On peut même se demander, en présence d'un résultat aussi satisfaisant, si en allant très lentement, il ne serait pas indiqué de pousser plus loin la quantité de sérum sans provoquer de trop grands décollements. Toutefois, nous pensons que la vitesse de 3 centimètres cubes par minute et par kilogramme d'individu serait beaucoup trop grande pour des injections massives dépassant 2000 grammes.

Dans notre observation la vitesse n'a pas dépassé 1 centimètre cube par minute et par kilogramme du poids de la malade. Dans ces conditions, la douleur était très légère, tandis qu'elle devenait insupportable quand on activait l'injection.

En résumé, il découle de cette observation que les doses de 2000 grammes de sérum en vingt-quatre heures dans le tissu cellulaire ou intramusculaire, répétées même plusieurs jours de suite, ne présentent aucun danger ; il ne saurait en être de même par la voie intraveineuse, surtout si le sujet est atteint de cardiopathie comme dans les deux observations citées plus loin.

Il en est résulté pour notre malade une diurèse très manifeste dès le début des injections à petites doses (de 200 à 500 gr.) qui s'est accrue avec les doses injectées (2000 gr.). La chlorurie a suivi la même progression ; faible au début, elle a augmenté comme l'indiquent les analyses d'urine faites par MM. Winter et Carion,

Les autres éléments pathologiques : albumine, urobiline, pyine (pus) ont, au contraire, diminué en raison inverse des quantités de sérum injecté. Au point de vue clinique, la pression sanguine qui, au moment le plus critique, s'était considérablement abaissée, s'est relevée dans le cours de la période d'injection.

MM. Bosc et Wedel ont signalé une période silencieuse de plusieurs heures, à la suite des injections sous-cutanées ; il n'en a pas été de même chez notre malade ; les

Digitized by Google

phénomènes de réaction se manifestaient une heure et même moins après l'injection.

A côté de ce cas clinique des plus heureux, nous en citerons deux autres de la salle Chauffard, à Necker, qui montrent que, dans les cardiopathies valvulaires, dans l'urémie à forme cardiaque, les injections intraveineuses ou sous-cutanées n'apportent aucune amélioration, mais peuvent même être funestes. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme pléthorique à facies vultueux, entré à l'hôpital pour des symptômes d'asystolie tenant à une insuffisance mitrale très caractérisée. Une injection intraveineuse au niveau du pli du coude est pratiquée, avec une solution à 7 p. 1000. Dès les premières doses injectées (30 gr.), le malade pâlit, il se plaint de vertige, la syncope paraît imminente; on arrête l'écoulement et ranimant le malade par la flagellation de la face et une potion cordiale, on lui injecte une nouvelle dose de sérum qui n'est pas mieux supportée ; le malade, du reste, se refuse à une nouvelle tentative.

Dans le second cas, il s'agissait d'un individu entré le service pour accidents urémiques avec anasarque généralisé. La respiration est gênée, le cœur précipité; les urines sont rares (500 gr. en 24 heures), très sédimenteuses, avec 3 grammes d'albumine par litre. Une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum chlorurique n'amène aucun soulagement ; le lendemain, 1500, le surlendemain, 2000 grammes ne modifient pas la situation. Les urines deviennent de plus en plus rares et le malade succombe quelques jours après.

Comme nous le disions plus haut, quand il s'agit d'altérations fonctionnelles du cœur, les injections intraveineuses ou sous-cutanées de chlorure sodique peuvent amener des accidents redoutables : peut-être une saignée préalable, dans ces cas, modifierait-elle le résultat. Il semble que pour les malades de cette catégorie l'élasticité moléculaire du chlorure de sodium, comme l'a appelé M, Winter, est complètement annihilée, c'est-à-dire que la propriété qu'a ce sel de se dissocier ou de se condenser au gré des circonstances n'existant plus, il ne peut se diffuser dans les liquides sanguins, d'où rupture dans l'équilibre des humeurs et impossibilité de rétablir la fonction troublée. Quoi qu'il en soit de la théorie, la pratique montre que dans les infections où le cœur est intéressé dans ses éléments constitutifs, la sérothérapie échoue et peut même aggraver le pronostic.

## CHIRURGIE

### Aiguille à suture à chas automobile

Par P. Mermet, *interne des hôpitaux.*

Il est difficile à l'heure actuelle de présenter aux chirurgiens une nouvelle aiguille à suture. Après tous les perfectionnements qui ont été apportés pour l'amélioration de cet instrument, après l'aiguille véritablement merveilleuse de Reverdin, il semblerait qu'il n'y ait plus rien à chercher de ce côté.

Cependant, si on veut bien jeter un rapide coup d'œil sur les divers modèles, on verra que presque tous sont passibles de reproches. Les uns pèchent par leur complication, d'autres par la difficulté de leur nettoyage, d'autres enfin par leur solidité.

*But de cette aiguille.* — Notre intention, en faisant construire l'aiguille ci-dessous décrite, a été de simplifier autant que possible les divers modèles employés ; nous n'avons pas la prétention de fournir ici le prototype de cet instrument si délicat, mais nous osons espérer que le nôtre tiendra une bonne place à côté de ses rivaux. Nous croyons en tout cas qu'on ne pourra lui reprocher, comme à tant d'autres, une détérioration rapide dans son fonctionnement, ni les difficultés du nettoyage et de l'asepsie.

Cette aiguille dans sa structure se rapproche de plusieurs. Comme dans l'aiguille de Mooig le chas est en crochet placé du côté de la convexité de l'instrument, à bec regardant la main de l'opérateur ; mais au lieu de rester ouvert en permanence, comme dans cette dernière, ce crochet est pourvu d'un ressort qui reprend sa position primitive dès que le fil l'a déprimé et qui transforme en un véritable chas le crochet momentanément ouvert. Comme dans l'aiguille de Reverdin l'instrument est fermé lors de son entrée et de sa sortie, et ne risque pas d'accrocher aux tissus qu'il pique; c'est là un avantage incontestable qui doit exister pour toutes les aiguilles.

*Description de l'instrument.* — Le principe du chas de cette aiguille montée est celui du mousqueton d'une chaîne de montre ; il est donc très simple et on ne saurait trop être surpris de ne pas avoir vu naître plus tôt pareil instrument.

Ce chas est en somme un crochet fermé par un ressort. Etudions ces deux parties.

Tout d'abord le chas est allongé plus que dans tout autre instrument similaire ; il a au maximun 5 mm. de long dans les aiguilles ordinaires et cette dimension est nécessaire pour le bon fonctionnement du ressort et la libre sortie du fil. Il est ouvert du côté du dos de l'instrument, le crochet étant dirigé en arrière. Celui-ci est peu saillant ; sa pointe est taillée en biseau, le biseau regardant le chas même de l'aiguille.

Le ressort qui ferme ce dernier est une petite lame d'acier rigide et suffisamment élastique cependant, de l'épaisseur du plat de l'aiguille. Il est brasé au cuivre à celle-ci, au niveau de la partie postérieure du chas. L'extrémité antérieure de ce ressort est également taillé en un biseau dont la surface doit s'appliquer exactement à celle du crochet précédemment décrit.

En plus le chas de l'aiguille se prolonge assez en avant du crochet, du côté de la pointe de l'instrument ; cette encoche profonde est destinée à loger le fil après son introduction dans le chas.

La pointe de l'aiguille ne diffère en rien de celle des instruments similaires ; elle est seulement un peu plus lancéolée de par la configuration même du chas.

Digitized by Google

*Modèles divers de cette aiguille.* — Nous venons de décrire le modèle ordinaire de notre aiguille, celui de l'aiguille à suture d'usage courant.

Il est évident que ce chas automobile peut s'appliquer à toutes les aiguilles mousses ou pointues employées en chirurgie. Nous avons ainsi fait construire avec cette modification des aiguilles de Cooper, de Deschamps, d'Emmet, de Terrier. Nous croyons notamment que ces dernières, les aiguilles dites à pédicules, ainsi transformées, rendront beaucoup de services ; tout aide sait la difficulté qui existe dans une laparotomie pour aller passer souvent très profondément dans le petit bassin le chef d'une soie ou d'un catgut dans le chas d'une aiguille ordinaire.

*Maniement de l'aiguille.* — Des plus faciles, il n'a guère besoin d'explication.

La ponction des deux lèvres d'une incision une fois faite par le chirurgien, l'aide laisse glisser l'anse du fil sur le dos de l'aiguille en tirant légèrement sur cette anse Celle-ci arrive au niveau du chas, déprime sans difficulté le ressort et le fil vient se loger dans la concavité du chas, tandis que le ressort d'acier élastique reprend sa place primitive.

Le chirurgien n'a plus alors qu'à retirer l'aiguille, et, si l'aide a eu la précaution de faire l'anse très courte, la soie ou le crin de Florence sortent sans peine du chas même de l'instrument.

*Avantages de cette aiguille.* — Nous devons tout d'abord rappeler sa simplicité, avantage énorme, un instrument étant d'autant plus facile à nettoyer et à stériliser qu'il est moins compliqué ; tel n'est pas le cas de l'aiguille de Reverdin dont la rainure longitudinale est un réceptacle de rouille et un foyer difficile à aseptiser.

La solidité est une condition qui doit entrer aussi en ligne de compte ; on connaît trop la détérioration rapide à l'usage du modèle de Reverdin. Dans le nôtre, le ressort d'acier trempé, brasé au cuivre sur le reste de l'instrument, est à l'abri des hautes températures de la stérilisation.

Enfin la forme et l'orientation des piqûres produites par notre aiguille doivent aussi être envisagées. Bon nombre de chirurgiens n'emploient que les aiguilles de Mooig, de Larger, parce qu'elles donnent une plaie dont la direction est perpendiculaire à l'incision ; l'aiguille de Reverdin produit l'inverse. Or, ce fait de la piqûre à grand axe perpendiculaire a de l'importance, comme l'a bien montré M. Pozzi ; pendant le serrement des fils, le trait de la petite plaie devient linéaire, les deux lèvres de celles-ci s'accolent au lieu de bâiller et partant la cicatrice est moins visible. Notre instrument réalise ce dernier desideratum. On lui reprochera peut-être le calibre trop grand des ponctions qu'il produit, mais si on veut être juste, on conviendra que ce fait a peu d'importance, étant donné l'asepsie parfaite des fils employés aujourd'hui et l'accolement absolu des lèvres d'une piqûre linéaire.

Certains types de notre aiguille rendront encore services, telles les aiguilles de Cooper, de Terrier modifiées ; on verra qu'avec cette simplification de l'instrument l'aide peut arriver à placer l'anse d'un fil presque sans regarder et simplement en suivant la convexité de l'instrument.

Telle est la nouvelle aiguille que nous présentons aux chirurgiens, trop heureux si elle peut leur être utile et s'ils n'ont pas avec elle les ennuis que leur procurent certaines de ses compagnes.

## MÉDECINE COMPARÉE ET HYGIÈNE GÉNÉRALE

*(Lettre ouverte à M. H. Huchard)*

Beaune, 20 janvier 1897.

Mon cher ami,

D'ici à bien peu de temps, votre excellent *Journal des Praticiens* aura douze ans. Savez-vous bien que c'est déjà la longévité pour un périodique qui s'est toujours respecté en ne descendant jamais aux questions personnelles ou politiques ? Mais, d'ailleurs il n'en pouvait être autrement avec le comité de rédaction, composé de savants de bonne marque et d'hommes d'élite, que vous dirigez. Sans être grand clerc, on peut prédire que la publication, que vous avez fondée, se perpétuera et durera bien au delà de nos existences déjà bien avancées hélas ! puisque vous constatiez ces jours derniers, dans une de vos lettres à mon adresse, qu'il y a bientôt quarante ans que nous nous connaissons.

Il y a quelques années déjà, vous m'avez demandé si quelques articles de *médecine comparée* et d'*hygiène générale* ne déplairaient pas à vos lecteurs. C'est à vous seul d'ailleurs qu'il appartient de répondre à cette question. Sur ma réponse, presque affirmative, vous m'avez proposé de me charger, à titre d'essai, de ces articles.

Je m'exécute pour le moment. Mais, avez-vous bien réfléchi à ce que vous faisiez en demandant mon concours vétérinaire à la rédaction du *Journal des Praticiens ?* Certaines feuilles extra-scientifiques que vous avez si vertement et si justement tancées dans le numéro de votre journal du 9 janvier 1897, n'ont-elles pas déjà attaqué l'honorable corporation médicale ? Ne se sont-elles pas permis d'insinuer que les médecins seraient bientôt des « faiseurs d'anges » ? Vous verrez qu'un jour ils vous traiteront de « vétérinaire » et peut-être même de « sous-vétérinaire », selon la spirituelle expression de Duguyot répétée à la tribune du corps législatif par Gambetta !

Vous avez eu raison de glorifier votre noble profession dans l'article que je viens de rappeler. Ce n'est pas, en effet, un ou deux malheureux dévoyés qui peuvent déshonorer une profession composée d'hommes d'élite. Eh bien ! mon cher ami, je ne suis pas moins fier de ma modeste profession de vétérinaire qui rend chaque jour tant de services à la médecine de l'homme et à la société. Je sais bien que le préjugé, contre lequel a tant lutté Bourgelot et, après lui, tant de savants qui ont honoré l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, les Huzard, les Barthélemy, les Renault, les Bouley, et contre lequel luttent encore nos maîtres et amis Chauveau, Arloing, Nocard, etc., que le préjugé, dis-je, contre la profession du médecin des bêtes est encore très vivace, et que pour beaucoup de personnes, instruites cependant, le vétérinaire sent toujours l'écurie. Et il faudra encore bien du temps pour que la médecine vétérinaire obtienne, si elle l'obtient toutefois, non pas la considération qui lui est due à raison du

Digitized by Google

service qu'elle rend, mais quelque considération de la part de ce que l'on appelle, improprement selon moi, les « gens bien posés ».

***

En tout cas, aujourd'hui, je le crois, la plupart des médecins, sinon tous, reconnaissent que la médecine vétérinaire a des points nombreux de connexité avec la médecine de l'homme.

N'est-ce pas Rayer qui, le premier, a reconnu la contagion de la *morve chronique* du cheval à l'homme? Fait considérable dont il avait l'intuition.

N'est-il pas question aujourd'hui de *psittacose*, maladie microbienne transmissible de la perruche à l'homme?

Et voici qu'un médecin de Nîmes, M. Reboul, vient de faire à l'Académie une communication bien curieuse de dix cas d'*actinomycose* observés dans le département du Gard, cinq chez l'homme, quatre chez le bœuf, et un chez le cheval. Dans les cinq cas observés chez l'homme, deux sont intéressants au point de vue étiologique : les deux malades habitaient des régions humides; le premier avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe ou de paille; le second allait jouer dans une ferme où deux bœufs paraissent être morts d'actinomycose. Dans un des cas observés chez le bœuf, on a trouvé dans l'alvéole d'une molaire des épillets d'*hordeum murinum*, qui peuvent avoir inoculé l'animal ou, du moins, avoir ouvert une porte à l'actinomycose.

Ces faits, portent en soi un enseignement, puisqu'ils permettent de soupçonner d'ores et déjà la contagiosité de l'actinomycose des animaux à l'homme, et d'indiquer des mesures d'hygiène bonnes à propager surtout à la campagne et dans les écoles.

Dans un autre ordre d'idées — il s'agit de la *rage du chien* — n'est-il pas utile de publier tous les faits nouveaux se présentant avec quelque caractère particulier non encore indiqué? Or, M. Gavard, vétérinaire à Marseille, signale, dans le journal vétérinaire de l'école de Lyon, un symptôme rare de la rage du chien. L'animal, sujet de l'observation, n'a présenté comme symptôme qu'une constipation opiniâtre; et ce n'est qu'au bout du troisième jour, que l'altération de la voix, un signe caractéristique et univoque, s'est manifesté.

Tenez, mon cher ami, encore quelques mots : Il s'agit de *police sanitaire*.

Ne trouvez-vous pas singulier que l'autorité, qui prend avec raison des mesures rigoureuses relatives à la circulation de la viande provenant de sujets tuberculeux, n'en prenne aucune contre le lait qui, lui aussi, est fourni trop souvent par des vaches tuberculeuses? Oui, la science dit : « le lait de vache, même tuberculeuse, est inoffensif tant que la mamelle n'est pas elle-même tuberculeuse. » — Et d'abord, est-on toujours bien sûr qu'une mamelle n'est pas tuberculeuse? Mais, en supposant même que cet organe ne soit pas atteint, en reconnaissant que le lait, au moment où il sort de la mamelle, est exempt de bacilles, je suis bien persuadé, d'accord en cela avec beaucoup de praticiens, que ce même lait est bientôt pollué, ne fût-ce que par le vase dans lequel il est recueilli.

Si une ou plusieurs vaches tuberculeuses séjournent dans une étable, il n'est pas douteux que l'atmosphère de cette habitation ne contienne des bacilles de Koch; que ces bacilles vont se déposer sur tous les objets demeurant, même très peu de temps, dans le local; qu'ils peuvent se trouver sur les poils, sur toutes les productions épidermiques, et même sur les litières plus ou moins enduites de matières fécales dont quelques brins pourront tomber dans les seaux à traire. Et quand, comme moi, on a assisté dans nombre d'étables à la traite des vaches, on devient soupçonneux, non sans raison. Aussi bien, si vous y consentez, je ne traiterai que ce seul sujet : *le lait de vache tuberculeuse*, dans le prochain article que je vous enverrai.

Il est encore une question bien intéressante où le vétérinaire joue un rôle de quelque importance, c'est la question de la *visite sanitaire des viandes*. Les inspecteurs sanitaires des abattoirs, des marchés et des boucheries, n'ont pas toujours été d'accord sur l'opportunité de la saisie des viandes fournies par des animaux reconnus tuberculeux après l'abattage. Les uns, très exclusifs, rejetaient toujours et absolument de la consommation tout animal atteint, même légèrement, de tuberculose; les autres, plus conciliants, ne refusaient que ceux dont les lésions étaient très étendues, généralisées.

Je pense que ces derniers avaient raison et que l'on peut, sans danger, laisser consommer la chair d'animaux peu gravement atteints, puisqu'il paraît démontré, par Nocard et autres, que le tissu musculaire n'héberge qu'exceptionnellement le bacille tuberculeux. Le ministre de l'Agriculture, par un arrêté du 28 septembre dernier, a fixé la ligne de conduite des vétérinaires chargés de l'inspection des boucheries et des abattoirs. Mais, je reviendrai aussi sur la question des viandes tuberculeuses.

Et pour conclure, voici en deux mots le programme que je vous propose; vous restez libre de l'accepter ou de le rejeter.

Je traiterai donc des maladies contagieuses pouvant se transmettre à l'homme; de questions de police sanitaire, d'hygiène générale, quelquefois de maladies organiques identiques à celles de l'homme. Enfin, si cela peut intéresser vos jeunes lecteurs, je donnerai quelques indications pratiques sur le choix et l'achat du cheval du médecin de campagne et aussi sur l'art de le conduire et de le soigner. Ce dernier sujet ne sera peut-être pas inutile.

EMILE THIERRY,
*Vétérinaire, directeur de l'Ecole d'agriculture et de viticulture de Beaune.*

Je répondrai deux mots à mon ami E. Thierry.

La Rédaction accepte avec reconnaissance les articles qu'il veut bien nous promettre, sur mes pressantes sollicitations. Le *Journal des Praticiens* tient, plus que jamais, à persister dans sa ligne de conduite, à traiter toutes les questions qui, de loin comme de près, intéressent la pratique médicale; et nos lecteurs remercieront bien sincèrement avec nous notre nouveau et savant collaborateur des communications, toujours intéressantes, qu'il voudra nous faire.

M. Thierry veut bien me féliciter, avec tant d'autres, pour la défense que j'ai prise de notre honneur médical dans un récent article (n° 2 du 9 janvier 1897, page 31), et il me fournit ainsi l'occasion de remercier les nombreux lecteurs qui ont bien voulu m'écrire à ce sujet pour m'encourager par leur bienveillante et chaleureuse approbation. Etre en communauté d'opinions et de pensées avec ses lecteurs, c'est là, pour un directeur de journal, une douce récompense, et nous sommes heureux de cette unanimité quand il s'agit de nous défendre contre les calomnies anonymes ou signées de la « *bohême scientifique* », si justement stigmatisée par F. Coppée. Il y a des œuvres morales à accomplir, et celle-là est du nombre. Il y a une « police sanitaire » à exercer sur ceux qui déshonorent la profession par leurs actes ou par *leurs écrits anonymes* dans les journaux politiques, et puisqu'il n'y a pas d'« ordre des médecins », le journalisme médical doit les mettre à l'index, et les flétrir. — H. HUCHARD.

Digitized by Google

## Formulaire du Praticien

### Traitement des abcès urineux

Qu'il s'agisse d'abcès urineux aigus ou chroniques, le seul traitement à leur opposer est *l'incision précoce*; le chirurgien ne se repentira jamais d'être intervenu trop tôt; il regrettera souvent au contraire, en présence d'une rupture de l'urètre, et de fistules urinaires consécutives, d'avoir trop longtemps attendu.

Une incision unique est rarement suffisante, en raison de la formation de clapiers séparés les uns des autres par des cloisons plus ou moins épaisses, en raison surtout de la distance assez grande qui existe entre différents foyers purulents. Aussi faut-il avoir recours à une incision principale et à des incisions accessoires qui doivent toutes posséder ce double caractère d'être longues et profondes.

Le malade étant anesthésié et placé dans la position de la taille, l'incision principale se fera sur la ligne médiane, dans la direction du canal, dépassant en haut et en bas les limites de l'abcès. Il faut presque toujours traverser, avant de voir jaillir le pus mélangé à l'urine, une forte épaisseur de tissus, 5, 6, 7 centimètres et plus; quelquefois même, à cette profondeur, aucun liquide ne s'écoule. On doit alors enfoncer lentement et doucement dans le fond de l'incision une sonde cannelée, dont la pointe creuse un tunnel par lequel jaillit l'urine purulente.

Cet orifice créé, on l'agrandit soit à l'aide d'un dilatateur spécial, soit à l'aide d'une incision pratiquée sur la sonde cannelée; le doigt introduit dans la plaie va à la recherche des cloisons et les détruit; s'il existe des diverticules éloignés, séparés de la grande cavité par un orifice étroit, il ne faut pas hésiter à pratiquer, en se guidant sur la pointe de la sonde cannelée, autant d'incisions latérales, parallèles à la principale, qu'il sera nécessaire. Elles seront faites de préférence aux parties déclives et sur les limites des parties atteintes.

Toutes ces incisions accessoires seront reliées à la première par de petits drains.

Mais il est un point vers lequel fusent plus particulièrement les abcès urineux; c'est cet espace latéro-urétral qui remonte le long des branches ischio-pubiennes, jusqu'à la base de la verge. Là existe presque toujours un décollement, qu'il importe d'inciser ou de drainer, si l'on veut éviter une filtration purulente et une fistule difficile à guérir. Le professeur Guyon, qui a attiré l'attention sur cette localisation si fréquente des abcès urineux, a proposé pour les traiter, de pratiquer ce qu'il appelle le *drainage au plafond*. On traverse de dehors en dedans, à l'aide d'une aiguille de Reverdin, la peau de la région pubienne; la pointe pénètre dans la partie la plus élevée de la plaie périnéale, dans laquelle est introduit préalablement l'index de l'opérateur, qui guide ainsi la pénétration de l'aiguille. On accroche alors au chas de cette dernière un fil qui maintient un drain, introduit par le périnée; en retirant l'aiguille, on entraîne le drain qui vient s'arrêter contre le plafond de l'abcès. Le fil est noué sur la peau du pubis et le drain est ainsi fixé. — Peut être serait-il aussi efficace de faire simplement une contre-ouverture au plafond et de pratiquer un drainage périnéo-pubien.

Quoi qu'il en soit, une grande irrigation boriquée chaude, lavant la plaie et les diverticules, termine l'opération; il ne reste plus qu'à bourrer *très lâchement* la cavité avec de la gaze salolée, à appliquer une couche épaisse de coton hydrophile, une toile imperméable, et à maintenir le tout à l'aide d'un bandage en T.

Tous les jours, le pansement doit être refait; il est même souvent nécessaire, les deux ou trois premiers jours, à cause de l'abondance de l'écoulement, de le changer au moins deux fois. Il faut toujours s'abstenir, lorsqu'on lavera la plaie, d'employer des antiseptiques forts; l'eau boriquée est suffisante.

Certains chirurgiens, Heurteloup en particulier, ont conseillé de faire, séance tenante l'extirpation des parois de l'abcès, et d'en enlever le plus possible, soit à l'aide des doigts, des ciseaux ou de la curette, comme s'il s'agissait d'un kyste. Malheureusement, cette dissection de la poche, acceptable dans les cas d'abcès chroniques, à parois sclérosées, n'est guère facile dans les abcès récents, et la rapidité de la guérison n'en sera pas accrue. Heurteloup avait proposé ce moyen pour lutter contre la rétraction cicatricielle fréquente qui suit les incisions des abcès urineux, et pour éviter la formation d'un rétrécissement excentrique de l'urètre. Il vaut mieux, pensons-nous, s'occuper uniquement du danger présent et traiter plus tard, à l'aide des moyens appropriés, la stricture urétrale.

L'abcès incisé, il faut songer à la cause qui est la plupart du temps un rétrécissement. Quelques chirurgiens sont d'avis de profiter de l'anesthésie et de pratiquer de suite une *uréthrotomie externe*; on laissera ouverte la plaie uréthrale qu'on pourra laver et désinfecter aussi bien que la plaie périnéale, toutes deux étant abandonnées à leur cicatrisation spontanée. M. Desnos, au contraire, est d'avis de n'intervenir que tardivement, trois à quatre semaines après l'incision de l'abcès, et il donne la préférence à l'*uréthrotomie interne*. Quel que soit le procédé choisi, il faudra toujours éviter de pratiquer les premiers jours un cathétérisme qui ne saurait avoir d'autre résultat que de susciter des accès de fièvre urineuse. — L. Flœrsheim.

---

**Formule pour l'iodure de potassium :**

| | | |
|---|---|---|
| Iodure de potassium..... | 25 | grammes |
| Anisette de Bordeaux..... | 150 | — |
| Sirop simple..... | 350 | — |

1 gr. d'iodure par cuillerée à soupe. (Fournier.)

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Traitement de la furonculose.** — M. Albert Robin indique le moyen suivant d'éviter la formation de nouveaux furoncles et de lutter avec efficacité contre une éruption dont le traitement est ordinairement si difficile (*Bull. gén. de thér.*); on fait prendre au malade de l'eau de goudron comme boisson et on lui administre chaque jour trois cachets de :

| | |
|---|---|
| Soufre sublimé..... | 10 centigrammes |
| Camphre pulvérisé..... | 2 — |

On fait un petit badigeonnage de teinture d'iode sur les points où l'on voit apparaître une rougeur et où un furoncle menace de se montrer : on peut ainsi faire avorter ce furoncle. Lorsque le furoncle est formé, il faut en évacuer le contenu aussi complètement que possible. Lorsque le bourbillon est sorti, on introduit dans la plaie avec un pinceau une pâte ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Soufre sublimé..... } | ãã 10 grammes |
| Camphre pulvérisé.... } | |
| Glycérine..... | Q. s. |

dont on enduit un petit linge qu'on applique ensuite sur le furoncle.

Puis on fera, quatre fois par jour, sur toute la surface de l'éruption, après avoir soigneusement lavé le furoncle à l'eau boriquée, une pulvérisation d'eau phéniquée au centième ; après quoi on refera le pansement à la pâte soufrée.

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

**Le tannigène dans les diarrhées infantiles.** — Escherich a ordonné le tannigène chez les enfants dans un grand nombre de cas ; ce remède paraît avoir surtout réussi dans les catarrhes intestinaux subaigus et chroniques. Le tannate de quinine, l'eau de chaux, la teinture de ratanhia, le bois de campêche, les préparations de bismuth, souvent si efficaces, n'avaient pu lui faire obtenir l'action prompte qu'il désirait. *(Journ. méd. Bordeaux)*.

Il en était arrivé ainsi à donner la préférence aux astringents en mélange avec les aliments. Jamais, cependant, il n'a pu obtenir un résultat aussi prompt et aussi sûr que celui que lui a fourni le tannigène. Déjà, après deux jours d'usage de ce médicament, la partie muqueuse et aqueuse des selles diminue considérablement, les parties solides prédominent, et dans les cas favorables, en quelques jours, les selles deviennent moulées et même sèches. On doit alors arrêter l'administration du remède pour ne pas voir survenir de la constipation. Naturellement, cette terminaison n'est la règle que lorsqu'il y a tendance à la guérison ; dans les cas tout à fait chroniques cependant encore, l'efficacité du médicament ne tarde pas à se manifester quand il est ordonné à grandes doses conjointement avec les mesures diététiques appropriées : 25 centigrammes à la fois chez les enfants jusqu'à l'âge d'un an et demi ; 50 centigrammes chez les enfants plus âgés, quatre à six fois par jour.

L'auteur fait mêler la poudre aux aliments. Après que le catarrhe se trouve arrêté, le médicament doit continuer à être administré encore quelque temps, attendu qu'il se produit parfois de légères récidives.

Dans le catarrhe aigu avec selles liquides, le tannigène n'a pas la même certitude d'action. Escherich continue donc, dans ces cas, d'instituer la médication ordinaire : calomel, préparation de bismuth. Aussitôt que les symptômes inflammatoires aigus ont cédé et que les selles ont repris le caractère catarrhal, le tannigène reprend ses droits ; aussi, c'est précisément après les entérites que l'auteur a pu, sous l'influence de ce médicament, enregistrer les résultats les plus brillants. La simple dyspepsie, les affections localisées dans l'estomac constituent une contre-indication. Par contre, les diarrhées qui se déclarent à la suite de rougeole et de tuberculose intestinale obéissent parfaitement au remède.

## MÉDECINE

**Un cas d'anurie hystérique avec vomissements fécaloïdes.** — Bien que l'anurie soit une manifestation rare de l'hystérie, on en connaît un certain nombre d'exemples qui ne laissent place à aucun doute. Quant aux vomissements fécaloïdes de nature hystérique, se produisant en l'absence de toute sténose organique, ils sont tout à fait exceptionnels. Charcot niait même leur existence et les considérait comme le résultat d'une habile simulation. La réalité de celle-ci a d'aillleurs été démontrée dans certains cas (par Boyer, chez la malade de Nysten, etc.). Mais on trouve dans la littérature d'autres observations de vomissements hystériques fécaloïdes, dont l'authenticité ne peut être sérieusement contestée (Jaccoud, Briquet, Fouquet, Rosenstein, Pasq. de Tullio, Desnos, André, Bryant).

Chez la malade dont Hoorweg vient de publier l'histoire clinique (*Ned. tyd. Schrift v. Geneesk.*, n° 18, 1896), grâce aux précautions minutieuses qui furent prises, toute idée de simulation peut être écartée. Voici, résumée brièvement, l'observation de ce cas dont l'intérêt est considérable.

Mlle V..., âgée de 26 ans, ne présenta rien de spécial pendant son enfance. Vers l'âge de 12 ans apparurent des signes manifestes de nervosisme (palpitations, terreurs, etc.). A l'âge de 15 ans elle fut assaillie et maltraitée par deux jeunes gens ; à partir de ce moment la malade présenta des attaques hystériques, qui se

Digitized by Google

répétèrent fréquemment. La menstruation s'établit à 16 ans. Durant les quatre années qui suivirent, se déclarèrent des accidents hystériques d'ordre divers (paralysies, attaques).

A 20 ans, les accès augmentèrent en fréquence (2 ou 3 par jour) ; en outre apparut l'anurie, s'accompagnant de vomissements liquides, d'odeur urineuse. Deux jours après se produisirent aussi des vomissements fécaloïdes.

Cet état existait sans modification sensible depuis 6 ans, lorsque l'auteur vit la malade pour la première fois. La connaissance était abolie. L'état général était satisfaisant. Un examen complet fit découvrir diverses manifestations hystériques (attaques, anesthésie et analgésie sur toute l'étendue de la surface cutanée, ovaires hyperesthésiés, etc.). Le rectum et la vessie furent trouvés vides.

Hoorweg assista aux vomissements de matière fécale et d'urine. En administrant à la malade un lavement d'un demi litre d'eau tiède, celui-ci était totalement gardé, bien que le liquide n'eût été introduit qu'à une faible hauteur ; au bout de quatre à cinq heures la malade vomissait en abondance un liquide dont l'odeur fécale était fortement prononcée.

Le liquide d'odeur urineuse, que la malade rejetait de temps en temps contenait, comme il fut démontré par l'analyse, de l'urée et de l'acide urique. Lorsqu'on évacuait la vessie une ou deux fois par jour au moyen de la sonde, le liquide vomi était moins abondant.

Comme nous l'avons déjà dit, des précautions minutieuses furent prises pour empêcher toute supercherie. Voici d'ailleurs une expérience de l'auteur, qui démontre à l'évidence l'existence de mouvements antipéristaltiques chez sa patiente. Il lui administra un lavement contenant en suspension de l'amidon et du bismuth ; après avoir au préalable lavé l'estomac et le rectum, a fait jeûner la malade durant quarante heures. Immédiatement avant l'administration de l'amidon et du bismuth par voie rectale, il procéda à un deuxième lavage du rectum et de l'estomac. Le contenu de l'estomac fut examiné au bout de cinq heures et renfermait des grains d'amidon, mais pas de bismuth, mais celui-ci fut trouvé deux heures après dans les matières vomies par la malade. Le rectum fut trouvé entièrement vide à ce moment.

Le traitement électrique (faradisation de l'estomac et du rectum) donne à Hoorweg de bons résultats chez cette malade : il parvint ainsi à obtenir quelques évacuations normales par l'anus. L'état psychique s'améliora aussi considérablement et la cennaissance lui est revenue ; mais elle ne se souvient plus de ce qui s'est passé durant ces six dernières années. — L. D.

## CHIRURGIE

**Le lumbago vrai et son traitement.** — Un grand nombre d'affections sont capables de donner lieu au symptôme douloureux connu sous le nom de lumbago ; pour ne citer que les principales, le rhumatisme, la tuberculose, l'hystérie, la neurasthénie, certaines causes réflexes d'origine intestinale, utérine, vésicale, médullaire, etc., sont les facteurs ordinaires de son apparition. Mais si l'étiologie en est bien connue, il n'en est pas de même de la pathogénie. D'après M. Heldenbergh (*Belg. méd.*), le lumbago n'est pas, la plupart du temps, d'origine musculaire ; il est presque toujours d'origine articulaire, et c'est à ce dernier qu'on doit donner le nom de lumbago vrai qui consiste en une entorse de l'articulation sacro-vertébrale.

Ce qui le prouve, c'est qu'il y a presque toujours une douleur articulaire ayant son siège dans le voisinage de cette articulation. Au-dessous de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire existe un *point douloureux fixe* ; la douleur est réveillée par la pression du doigt, par les secousses longitudinales du tronc, ou par la percussion par le poing de la région sacrée.

A côté de la douleur osseuse, existe une douleur musculaire résidant dans la tension soutenue et prolongée de la masse sacro-lombaire.

Le traitement doit être préventif et curatif. Le premier consiste dans le port d'une ceinture, qui puisse servir de sangle assez serrée à la musculature abdominale.

Quant au traitement curatif, c'est une sorte de massage que décrit M. Heldenbergh de la façon suivante :

1° Le patient, couché sur un matelas, appuie sa région sacro-vertébrale sur un drap de lit plié en quatre et enroulé avec soin. Faire décrire à la colonne vertébrale un mouvement de flexion lent et à fond, répété plusieurs fois. Pour cela, relever aussi haut que possible les membres inférieurs préalablement fléchis.

2° Côté droit :

*a*) Fléchir la cuisse sur le bassin.

*b*) Etendre la jambe sur la cuisse.

*c*) Abaisser le membre inférieur en extension.

3° Côté gauche : mêmes manœuvres, mais faire exécuter aux deux membres accouplés, simultanément tous ces mêmes mouvements. — L. Flœrsheim.

**Synovite blennorrhagique pré-uréthritique.** — On sait qu'ordinairement les complications de l'uréthrite blennorrhagique se montrent à la période d'état de la maladie, plus rarement pendant la convalescence. Le fait que rapporte M. Griffon offre un intérêt particulier, puis qu'il permet d'entrevoir la possibilité de lésions blennorrhagiques à distance, avant que ne se soit montré du côté de l'urèthre l'écoulement révélateur. Il s'agit d'un malade, dont l'observation ne présente de spécial que ce fait que la synoviale tendineuse des muscles extenseurs de la jambe a été frappée primitivement, et chez lequel, quelques jours après, l'uréthrite spécifique est venue donner la clef étiologique de cette manifestation rhumatismale.

M. Griffon donne à ces localisations (*Presse méd.*) le nom de *pré-uréthritiques* ; il les compare, à juste titre, à ces infections articulaires, dites prépneumoniques, signalées par Boulloche comme phénomènes précurseurs de la pneumonie. Ces faits rendent plus intimes les points d'analogie de la blennorrhagie, maladie locale à tendance à la généralisation, avec les autres maladies infectieuses ; ils permettent de concevoir la possibilité de symptômes préblennorrhagiques primitifs, quelques jours avant que l'appareil génital ne soit pris manifestement, et ne donne la clef d'un diagnostic qui peut être hésitant. — L. Flœrsheim.

Digitized by Google

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 19 janvier 1897*

**Névromes généralisés. Résection d'une grande partie du nerf médian et du nerf cubital. Rétablissement des fonctions motrices.** — M. Péan. Il s'agit de tumeurs multiples développées chez un jeune homme. Le début s'est fait à 4 ans. Depuis, parmi ces tumeurs, les unes se sont atrophiées, tandis que le plus grand nombre prenait un développement considérable. Au bras gauche, il en existe de plus profondes qui ont atteint le volume d'un œuf de poule. La plupart sont indolentes ; mais quelques-unes, celles du côté droit du thorax, sont le siège de commotions pénibles, analogues à des secousses électriques ; celles du bras gauche provoquent des souffrances continues. Parmi ces tumeurs, les unes sont solides, opaques, les autres liquides, translucides ; au bras gauche, elles menacent de s'ulcérer.

Sur les instances du malade, M. Péan se décide à les enlever. Longue incision sur le bord interne du bras allant de la clavicule au pli du coude, mettant à nu la gaîne vasculo-nerveuse. Le cubital et le médian sont couverts de tumeurs bleuâtres, vascularisées. On enlève le médian dans son trajet brachial.

Après la réunion des lèvres de l'incision, les tumeurs du cubital au bras, de ce nerf et du médian, à l'avant-bras continuent à grossir.

Dans une deuxième séance, on enlève le médian dans 1/4 supérieur à l'avant-bras, et le cubital au bras.

Les sections nerveuses ont donné, au point de vue physiologique, des résultats surprenants. La paralysie et l'anesthésie que l'on rencontre après l'opération dans la sphère du médian et du cubital disparaissent peu à peu, et aujourd'hui le malade n'éprouve plus de gêne dans les mouvements de son bras. S'agit-il d'une réparation par bourgeonnement ou par anastomoses ?

Les névromes non extirpés se sont atrophiés après la dernière opération.

**Traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intradurale des racines postérieures.** — M. Chipault. Il s'agit d'un malade atteint depuis 4 ans d'une névralgie atroce du membre supérieur droit. Des opérations multiples ont été pratiquées sur le nerf cubital sans aucun résultat. Un examen appuyé sur des recherches faites par M. Chipault chez le singe relativement aux territoires sensitifs des racines postérieures démontre qu'on est en présence d'une névralgie radiculaire de la huitième racine postérieure cervicale droite. On ouvre le canal rachidien à la hauteur de la septième apophyse épineuse cervicale. On resèque la huitième racine postérieure. Par la suite, plus de douleurs. Le malade cachectique reprend des forces. Il n'y a pas d'altération motrice. Après l'opération, hypoesthésie pendant 24 heures, puis rétablissement de la sensibilité.

La résection intradurale des racines postérieures paraît donc constituer le traitement idéal des névralgies rebelles.

**Traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires.** — M. Chipault. Réduction de la gibbosité sous le chloroforme ; ligatures en 8 de chiffre au fil d'argent sur les apophyses correspondantes ; immobilisation.

L'auteur, dans cette pratique, s'appuie sur ce fait, que, dans la consolidation normale du mal de Pott, la soudure se fait à la hauteur des lames et des apophyses épineuses.

**Ovariotomie.** — M. Perier présente un travail de M. Mouchet, de Sens, portant sur une ovariotomie pratiquée au cours de la grossesse, ayant permis la libre évolution de la gestation. M. Perier conclut qu'étant donné le peu de risques opératoires, on doit, dans un semblable cas, suivre la même conduite de façon à éviter l'avortement et les autres accidents qui se produiraient inévitablement.

**Cas de rage intermittente.** — M. Maignien cite plusieurs cas d'accès frénétique chez des chiens, avec besoin de mordre, ressemblant à la rage et ne déterminant aucune suite fâcheuse.

M. Weber, à l'occasion de cette communication, blâme la pratique employée par la préfecture de la Seine, qui fait abattre tous les chiens ayant mordu sur la voie publique et pense qu'il serait plus rationnel de les tenir en observation.

**Election** d'un membre titulaire à la section de pathologie chirurgicale :

En première ligne, M. Delorme ; deuxième ligne, MM. Richelot, Peyrot, Bouilly, Quenu, Kirmisson.

M. Delorme est élu par 60 voix.

MM. Richelot et Kirmisson obtiennent 4 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 15 janvier 1897*

**Sur un cas d'application des rayons Rœntgen au traitement des phlegmasies aiguës de l'appareil thoracique.** — MM. Rendu et Du Castel. Au moment où les applications thérapeutiques des rayons de Rœntgen sont à l'étude, il est intéressant de faire connaître une observation où l'usage de ces rayons a coïncidé avec la disparition de symptômes particulièrement graves.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, de constitution robuste, pris le 16 mai de malaise et de courbature. Le lendemain, il présente des frissons, de la fièvre à 40° et un état général mauvais. Le 19 mai, on constate les signes d'une pneumonie adynamique du sommet droit, avec absence de toux et d'expectoration ; dyspnée faible ; céphalée persistante et état typhoïde. Le 20 et le 21 mai, la situation s'aggrave, la température reste très élevée, le cœur est défaillant, les signes de la pneumonie du sommet droit s'accentuent. Injections de caféine et d'éther qui conjurent les accidents cardiaques ; lotions vinaigrées. Une légère érosion buccale au niveau de la joue se creuse

Digitized by Google

en une vaste ulcération diphtéroïde, d'apparence gangréneuse, et s'accompagne d'adénite sous-maxillaire ; pas d'albuminurie. Bains à 30° matin et soir ; lotions vinaigrées dans l'intervalle ; injections sous-cutanées d'éther ; badigeonnage de l'ulcération buccale toutes les 2 heures avec une solution phéniquée à 1 0/0.

L'état reste grave du 21 au 27 mai ; la température tombe alors à 38°,5 ; le souffle pneumonique est moins dur, on entend quelques râles sous-crépitants, et il semble que la défervescence soit proche. Les bains sont supprimés. Néanmoins, le 28 mai, le malade est repris de frissons, et le poumon est envahi sur toute son étendue par l'inflammation ; il n'existe pas de toux ni d'expectoration. Une ponction exploratrice pratiquée dans le poumon donne un liquide avec lequel on fait un ensemencement. La culture au bout de 36 heures fournit une germination abondante de staphylocoques blancs et de staphylocoque doré, sans mélange de pneumocoque.

Le 1er juin, la fièvre ne dépasse plus 38°,5 ; l'adynamie du malade est moindre, il commence à s'alimenter ; à l'auscultation de la poitrine existent deux foyers de souffle : l'un très large, partant du hile du poumon droit, occupant la fosse sous épineuse et empiétant la région de l'aisselle ; l'autre occupant la partie inférieure du poumon, non loin de la colonne vertébrale. Dans tout le reste du poumon s'entendent des râles sous-crépitants qui se retrouvent en avant dans la clavicule droite.

Le 2 juin, la fièvre se rallume avec un caractère de périodicité et des exacerbations vespérales pendant lesquels le thermomètre monte à 40° symptomatiques de mouvements fluxionnaires vers le poumon malade. Ces crises résistent à toutes les médications employées et semblent devoir s'accompagner de tuberculisation du malade. Un seul crachat puriforme rendu par le malade présente quelques bacilles de Koch.

C'est dans ces conditions alors que la situation semblait presque désespérée, que le père du malade ayant eu connaissance des expériences physiologiques de M. Lortet, proposa d'utiliser sur son fils les effets thérapeutiques des rayons de Rœntgen. Les séances de radiation furent quotidiennes et durèrent chaque fois 55 minutes, l'ampoule de Crookes était placée de 10 à 15 centimètres de la poitrine du malade.

« La première application des rayons est faite le 13 juillet. Depuis quarante-huit heures, les maxima de température avaient subi une petite décroissance, sous l'influence, croyons-nous, de lavements de 1 gramme de chlorhydro-sulfate de quinine. Ils oscillaient entre 39°4 et 39°8.

Le jour de la première séance, aucune modification apparente ne se manifeste : le thermomètre marque 39°4 comme la veille.

Le lendemain 14 juillet, jour chaud et orageux, le malade, après sa séance des rayons X, est très fatigué, et un accès de fièvre, beaucoup plus violent que ceux des jours précédents, se déclare : la température monte à 40°3 à 3 heures du soir, et ne descend pas au-dessous de 38°4. L'accès de la nuit est moins intense et moins long (39°4), mais il est suivi de sueurs profuses qui se prolongent jusqu'au matin.

*15 juillet.* M. X... est fatigué et très pâle. Pendant sa séance de radiation, il est somnolent et déprimé. Comme la veille, il a un accès de fièvre, mais le thermomètre ne dépasse pas 39°4, et l'on note que, pendant la période de chaleur, la figure du malade est beaucoup moins vultueuse que d'habitude. L'accès est suivi de transpiration excessive.

Le malade s'endort aussitôt après son repas du soir, et, *pour la première fois depuis cinq semaines*, la nuit se passe sans reprise de fièvre, dans un profond sommeil.

Le 16 juillet marque un changement radical dans l'évolution de la maladie. Après la séance de rayons électriques, *aucun mouvement de fièvre* ne se produit. Le maximum thermique de la journée est 38°5 ; le minimum descend à 37°. La diaphorèse continue, excessive, et les forces du malade n'ont jamais été si déprimées. Pourtant il se sent un grand bien-être et passe presque tout son temps à dormir.

Le 17 et le 18 juillet, l'apyrexie se maintient encore plus accentuée ; le thermomètre se tient entre 37 et 38°, sans atteindre ce dernier chiffre. Dans la nuit du 17, survient une diurèse abondante, triple de ce qu'elle était les nuits précédentes, et cela en dépit de la transpiration qui est incessante. L'appétit du malade est bon et, malgré une alimentation très reconstituante, il n'a plus de bouffées de chaleur. (Malgré la disparition de la fièvre, le traitement médical est continué : un cachet, matin et soir, de chlorhydro-sulfate de quinine à 0,30, une pilule de 0,001 de strychnine aux repas et trente gouttes de teinture de kola).

Le 20 juillet, nous notons une légère reprise de la fièvre qui correspond à un grand embarras gastrique et qui cède à un laxatif.

Ce jour-là, pendant la séance de radiation lumineuse, nous constatons un fait intéressant. Il se développe sous nos yeux une éruption superficielle érythémateuse, localisée à la région antérieure droite du thorax, et qui paraît en rapport avec le contact des rayons. C'est une ébauche du coup de soleil cutané. Du reste, le malade n'éprouve aucune sensation de chaleur, aucune cuisson, et la température locale de la région sous claviculaire ne paraît pas plus chaude, à la main, que celle de la région correspondante gauche.

Cei érythème persiste assez longtemps après la disparition de la source lumineuse.

Le 21 juillet, l'érythème se reproduit, plus accentué que la veille, et le malade accuse de petits picotements qui continuent à se faire sentir pendant la plus grande partie de la journée. L'état général est, du reste, bon ; le soir, une petite élévation de température se produit, sans être précédée de frisson, ni suivie de sueur (38°8).

Le 22 juillet, le malade se plaint d'une cuisson de la

Digitized by Google

peau aux régions touchées par les rayons : l'érythème s'est étendu et a pris une teinte plus foncée. Nous suspendons pour ce jour-là la séance de radiation, décidés à y revenir ultérieurement, dès que la rougeur du derme aura disparu.

Contrairement à notre attente, cet érythème, qui paraissait tout à fait insignifiant, continua à progresser du 23 au 28 juillet. Ce jour-là, malgré l'absence de tout pansement irritant, nous ne fûmes pas peu surpris de constater a présence de nombreuses bulles pemphigoïdes sous la clavicule droite, véritables phlyctènes absolument identiques à celles des brûlures, et reconnaissant certainement cette pathogénie. Pour compléter ce qui a trait à ce phénomène, nous dirons de suite que la brûlure causée par les rayons ne se hornera pas à un érythème bulleux, mais qu'elle donna lieu à des eschares dermiques assez profondes et assez douloureuses, bien que les séances de radiation lumineuse eussent été définitivement supprimées. Les eschares mirent plus de trois semaines à s'éliminer, et le 15 août elles laissaient encore une série de plaques rouges et saillantes, consécutives à la réparation des flots dermiques mortifiés.

Pendant ce temps, l'amélioration de l'état général du malade s'est poursuivie de la façon la plus régulière. On peut dire qu'à partir du 17 juillet, sauf de petites oscillations thermiques insignifiantes, la fièvre a été définitivement jugulée. Cette fièvre qui, depuis soixante-sept jours, résistait à toutes les médications, que n'avaient pu modifier les doses massives de quinine et d'antipyrine, avait cédé absolument dès la quatrième séance de radiation Rœntgen. La défervescence avait coïncidé avec des éliminations colossales de sueur et d'urine, comme au décours des pneumonies franches, et à partir de ce moment, sans transition, la convalescence s'était établie d'emblée.

A dater du 1er août, le malade put être transporté à la campagne, et, graduellement, les forces et l'embonpoint sont revenus. Du 1er août au 1er octobre, M. X... a regagné près de trente livres de poids ; ses muscles, qui avaient presque complètement disparu, se sont réparés ; à aucun moment la marche régulière de la convalescence n'a été entravée, malgré la température pluvieuse et froide qui a régné pendant tout le mois de septembre. »

La nature de l'affection, dont ce malade a été atteint, reste indécise ; son caractère infectieux ne semble pas douteux. Quant à la part des rayons de Rœntgen dans la guérison, elle semble prépondérante, si l'on ne regarde que le fait brut et les dates chronologiques. Le 14 juillet, après la seconde séance de radiation lumineuse, la fièvre fut exceptionnellement intense. Or, c'est le surlendemain de ce jour, qu'après la quatrième application des rayons, l'apyrexie se déclara, accompagnée d'une crise de diurèse et de diaphorèse fort remarquable.

Il est loisible de supposer que l'action de ces rayons, qui traversent le corps humain, arrête la pullulation des microbes pathogènes dans l'épaisseur des tissus et détermine une atténuation de leur virulence, analogue à celle qu'exercent les rayons solaires sur le bacille de la diphtérie.

Il est également permis de croire que la très forte action de révulsion durable qui se produit sous l'influence des rayons de Rœntgen, n'est pas sans jouer un rôle important dans la modification du milieu pathologique.

M. Du Castel. Les faits, tels qu'ils viennent d'être exposés, permettent de douter de la nature tuberculeuse de cette affection. Des expériences analogues, faites depuis chez des tuberculeux avec les rayons de Rœntgen, sont toujours demeurées négatives.

**Un cas d'intervention chirurgicale dans le goître exophtalmique.** — M. Debove rapporte l'histoire d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une goître exophtalmique avec exophtalmie peu prononcée, état général satisfaisant, mais tachycardie très violente, qui l'empêchait absolument de travailler pour vivre. Toutes les médications échouèrent contre cette accélération des mouvements du cœur ; et la malade, ayant entendu dire qu'une opération pouvait la guérir, réclama l'intervention chirurgicale. Celle-ci fut pratiquée suivant les meilleurs règles de l'art par M. Lejars qui enleva le lobe droit du corps thyroïde ; il n'y eut pas d'hémorragie. Après l'opération tout semblait aller pour le mieux ; dans l'après-midi, elle fut prise d'une soif excessive, se leva même pour aller boire. A 6 heures du soir, survinrent de la dyspnée, de l'agitation, du délire et la malade succomba rapidement dans le coma. On ne trouva à l'autopsie rien qui pût expliquer cette mort rapide. Le thymus persistait et pesait 60 gr. On peut supposer que la mort est due à une véritable intoxication thyroïdienne par malaxation du corps thyroïde dans le cours de l'opération.

M. Marie. La statistique la plus récente et la plus complète sur les résultats de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow est celle d'Allen-Star. Elle porte sur 190 cas de maladie de Basedow qui ont donné, à la suite d'opérations, 31 morts. Ce pourcentage est donc assez sérieux ; mais on comprend fort bien que le choc opératoire revête une gravité particulière chez des malades dont le système nerveux est aussi profondément affecté. Mais à côté des cas purs de maladie de Basedow, il faut distinguer une variété à laquelle on pourrait donner le nom de *goîtres basedowifiés*. Il s'agit alors de malades qui, après avoir présenté pendant dix, quinze, vingt ans, un goître qui ne les accommodait pour ainsi dire pas, qui ne s'accompagnait pas de phénomènes généraux, voient tout à coup survenir des symptômes faisant partie du syndrome classique de Basedow. Le plus caractéristique et le plus fréquent est une dyspnée énorme ; on note aussi une sialorrhée intense. C'est ainsi qu'une de ses malades mouillait deux douzaines de mouchoirs dans sa journée.

Dans ces cas de goîtres *basedowifiés*, l'intervention chirurgicale est parfaitement légitime. Elle est même souvent rendue nécessaire par cette dyspnée extraordi-

Digitized by Google

naire qui peut entraîner la mort. L'opération donne de bons résultats. On ne court plus les mêmes risques que dans le Basedow vrai, attendu que le système nerveux n'est plus dans les mêmes conditions. Chez ces malades, on doit commencer par le traitement thyroïdien. S'il échoue, alors il faut opérer en raison de la dyspnée qui est effrayante et menace les jours du sujet.

**Influence du chauffage des sérums sur la prophylaxie des accidents post sérothérapiques.** — MM. Béclère, Chambon et Saint-Yves-Ménard. Dans une séance précédente, M. Hayem, se basant sur ses expériences personnelles, a dit que le chauffage de 56° à 57° d'un sérum sanguin modifiait profondément les substances nocives qu'il contenait, et que peut-être on pourrait empêcher de la sorte les accidents post-opératoires du sérum de Roux. Cette proposition a été le point de départ d'expériences entreprises par MM. Béclère, Chambon et Ménard avec le sérum du cheval, qui renferme des substances nuisibles à la fois pour l'homme et pour l'espèce bovine. Ils ont constaté que ce sérum, chauffé à l'étuve pendant 1 h. 3/4 à 58°, puis injecté à une génisse, ne produisait pas les accidents cutanés qu'il détermine souvent quand il n'a pas été chauffé.

Malheureusement, cette méthode ne peut être employée pour purifier le sérum antidiphtérique qui paraît perdre de ses propriétés thérapeutiques par le chauffage à partir de 58 degrés,

M. Troisier montre des pièces anatomiques se rapportant à un *abcès rénal à bacille d'Eberth pur*, avec méningite suppurée, survenu dans la convalescence d'une fièvre typhoïde reconnue par le séro-diagnostic. Ce cas d'abcès rénal à bacille d'Eberth pur est tout à fait exceptionnel, probablement même unique. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 20 janvier 1897*

**Abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne.** — M. Reynier rapporte l'observation d'un homme, amené le 2 janvier dans son service, se plaignant de maux de tête violents, de douleurs dans le crâne et d'un affaissement extrême. Comme il existait de l'otorrhée chronique du côté correspondant aux douleurs de tête, une fièvre vive, il trépana l'apophyse mastoïde, pensant à une suppuration des cellules mastoïdiennes. Cette opération modifia peu l'état du malade; le 4 janvier, il fut atteint d'aphasie, la température était de 40°. L'existence d'une suppuration plus profonde s'imposait; M. Reynier trépana le crâne dans la région classique indiquée par M. Poirier, sur une ligne verticale à trois centimètres au-dessus du conduit auditif externe. Il trouva la dure-mère saine, non adhérente, l'incisa, puis ponctionna le cerveau et ne ramena rien. Ce ne fut qu'après avoir agrandi la brèche osseuse et pratiqué une seconde ponction qu'il trouva un abcès se dirigeant vers la partie postérieure du lobe temporo-occipitale. L'aphasie disparut, mais malgré un drainage soigné, le malade succomba 5 jours après.

A l'autopsie, outre l'abcès du cerveau consécutif à l'ostéite du rocher, on trouva des abcès secondaires dans le foie et les poumons.

**De l'innocuité de l'incision chirurgicale de la plèvre.** — M. Bazy. L'exploration extra-pleurale du poumon, suivant la méthode de M. Tuffier, ne donne que des renseignements insuffisants. Au contraire, la pleurotomie exploratrice s'affirme de plus en plus comme une méthode inoffensive et permettant beaucoup mieux de juger directement de l'état du poumon.

**Elections.** — Sont nommés *membres correspondants nationaux* : MM. Barrette, Chupin, Ferraton, Bineau et Lemaître.

*Membres correspondants étrangers* ; MM. Gardener, Lebarro-Lardy. — H. M.

## ACTUALITÉS

### Le concours dit du Bureau Central (ancien style) (1)

Par le Dr Gingeot, *médecin de l'Hôtel-Dieu*

Voici maintenant un danger plus grave. Le concours, c'est, je crois, chose entendue, représente un moyen d'évaluer comparativement les aptitudes respectives des concurrents à remplir les fonctions brignées par eux. Or, la réforme projetée aurait pour conséquence d'affaiblir l'efficacité de ce moyen.

Que demande-t-on essentiellement aux médecins des hôpitaux? De bien soigner leurs malades et d'enseigner aux élèves qui les entourent à en faire autant. Si, ce qui n'est pas rare, un médecin d'hôpital utilise, pour l'avancement de la science, le magnifique champ d'observation dont il dispose, nous ne lui marchanderons pas nos éloges ; mais rien ne le force à en user de la sorte, ce genre d'activité ne compte point parmi ses charges légales, tandis qu'il est manifestement obligé d'être un clinicien d'élite. Cette capacité pratique, préférable à tout dans l'espèce, comment les travaux antérieurs d'un candidat permettraient-ils de la mettre en lumière? Si ces travaux sont des recherches de laboratoire, ils ne jetteront aucun jour sur la manière dont leur auteur s'acquitterait d'un service médical hospitalier; même si ce sont des recherches cliniques, celles-ci ne prouveront point qu'en dehors des sujets spéciaux dont un candidat aura poursuivi l'étude, ce candidat soit généralement à la hauteur des difficultés variées qu'un chef de service rencontre à chaque pas. Cependant les travaux susdits pourront être, à leur façon, des œuvres importantes : la justice exigera qu'on les pointe largement, ce haut pointage compensera éventuellement l'insuffisance des notes obtenues lors des autres épreuves, bref, le candidat aura chance d'enlever sa nomination grâce à des qualités dont, rigoureusement, il se passerait sans grand dommage au lit du malade, et malgré sa médiocre aptitude à s'acquitter dignement des étroits devoirs que lui imposera le succès. On oublie trop l'histoire du calculateur et du danseur de Figaro; il est légitime assurément de récompenser, d'encourager les gens de mérite, mais à la condition que la récompense, que l'encouragement, soit approprié à ce mérite même : aux uns les prix, les distinctions académiques, aux autres les fonctions de nature nettement définie. Si l'on doit

(1) Suite et fin. Voir : n° 3, page 46.

Digitized by Google

honorer toutes les supériorités, on doit également s'appliquer à mettre chacune d'elles dans la sphère qui lui convient, non ailleurs : *the right man in the right place.*

Au surplus, à côté de la question d'utilité ou d'innocuité, il y y a celle de la réalisation pratique. Mauvaise ou bonne en principe, supposons adoptée la réforme qui nous occupe. Comment le jury s'y prendra-t-il pour juger *comparativement* les travaux antérieurs des candidats et les classer hiérarchiquement selon leur valeur ? Il est déjà fâcheux, bien qu'inévitable, de ne pouvoir, sauf dans l'épreuve écrite, faire combattre les compétiteurs sur le même terrain : la diversité des malades soumis à leur examen, celle des sujets proposés pour l'épreuve théorique orale, rendent souvent la comparaison laborieuse et délicate. Que sera-ce lorsqu'il s'agira de comparer, non plus des leçons cliniques à des leçons cliniques ou des leçons de pathologie à des leçons de pathologie, mais des mémoires pouvant porter sur des matières aussi radicalement différentes que l'anatomie pathologique, la sémiotique, la thérapeutique, la bactériologie, la toxicologie, l'hygiène, la médecine légale, voire la philosophie médicale ou l'histoire de la médecine ? Est-on sûr que la porte ne serait pas ouverte alors à l'arbitraire le plus déplorable ? Admettons, cela s'entend, que le jury soit composé d'hommes d'une intégrité absolue, d'une bonne foi au-dessus de tout soupçon, animés du plus sincère désir de juger conformément à l'équité : il n'en est pas moins vrai que ces hommes apprécieront les choses d'après la tournure de leur esprit et selon leurs inclinations individuelles. Pendant qu'un anatomo-pathologiste goûtera naturellement davantage une étude relative à l'objet de ses méditations habituelles, un thérapeutiste prisera plus haut un mémoire visant le traitement de telle ou telle maladie, etc., etc. Le classement des travaux antérieurs donnera donc lieu vraisemblablement à un fort *tirage* dans les délibérations. En outre, ces travaux demeurant, sauf multiplication ultérieure, immobiles aux dossiers des candidats, le pointage d'un jury précédent sera-t-il, ou non, réformable par les jurys suivants ? Si non, les compétiteurs qui, par hasard, pourraient avoir été cotés trop parcimonieusement ou trop avantageusement resteront dépréciés ou surfaits à jamais et sans remède ; si oui, à quel singulier spectacle assisterons-nous au cas où les jurys successifs se démentiraient les uns les autres ?

Pour obvier à ces inconvénients on a parlé de remettre à la Société Médicale des Hôpitaux tout entière l'examen, la comparaison et le pointage des travaux antérieurs présentés par les candidats. L'expédient aurait du bon à une condition, savoir, que chacun des quatre-vingts ou cent membres de la Société Médicale des Hôpitaux eût le loisir, je ne révoque pas en doute les bonnes volontés, de lire soigneusement les mémoires envoyés au concours ; mais j'ai peine à croire qu'il en pût être ainsi, et je pense plutôt qu'on chargerait une commission de la besogne, quitte, ensuite, à voter de confiance les conclusions du rapport. Le jury restreint se trouverait de la sorte ressuscité sous une autre forme et avec les mêmes défectuosités.

Proposera-t on d'attribuer à la commission un caractère perpétuel ? Ce serait un moyen sûr d'éviter le scandale éventuel de jugements contradictoires ; mais je plaindrais alors les infortunés commissaires condamnés pour jamais à un semblable labeur ; ou plutôt je n'aurais pas à les plaindre, car ils ne manqueraient pas, après leur première série d'opérations, de démissionner en toute hâte. Les partisans de la réforme ont-ils suffisamment pris garde à l'énormité de la tâche que leur disposition additionnelle ferait peser sur le jury ? Au concours des prix de l'internat, ce n'est pas toujours sans peine que les juges viennent à bout de lire dans les délais voulus les huit ou dix mémoires soumis à leur appréciation. Que sera-ce donc au concours du B. C. ? Ici le nombre des concurrents s'élève, en chiffres ronds, à soixante-dix ; en admettant, pour chacun des candidats, une moyenne de trois mémoires, on trouve que le total de ceux-ci monterait à plus de deux cents dès l'inauguration du nouveau régime ! Et ce total, comme nous l'avons vu, comme le désirent et l'attendent les auteurs du projet, ne tarderait pas à s'accroître d'une façon considérable. Imagine-t-on la position des malheureux périodiquements astreints à prendre connaissance, en un temps limité, d'une pareille somme de travaux, et cela non rapidement et à la manière d'un lecteur qui fait des recherches bibliographiques pour son instruction personnelle, mais en scrutant rigoureusement le fond et la forme, en analysant scrupuleusement les détails, en s'évertuant à établir des comparaisons entre des objets de nature souvent complètement différente, le tout sous peine de manquer gravement à leurs obligations arbitrales et de ne pouvoir en sûreté de conscience porter le jugement qu'on leur demande. J'ai qualifié plus haut la réforme projetée d'inutile et de nuisible ; en présence des difficultés dont je viens de tracer une esquisse, on trouvera, si je ne m'abuse, qu'elle est pratiquement irréalisable.

Après ces considérations, il me paraît superflu de répondre à ceux qui, d'humeur plus radicale, voudraient supprimer absolument le concours et lui substituer, sinon le soin des nominations laissé tout simplement au bon plaisir de l'autorité, du moins l'élection au scrutin par les médecins des hôpitaux, procédé en usage pour l'admission dans les sociétés savantes. Je me suis efforcé de faire voir combien l'introduction d'un pointage des travaux antérieurs, si le dit pointage était possible, affaiblirait les garanties offertes par le concours du B. C., et gâterait cette institution sous couleur de l'amender ; je n'ai pas besoin de m'appesantir sur les conséquences *à fortiori* désastreuses qu'engendrerait la suppression de toutes épreuves improvisées, soit théoriques, soit pratiques. Ces épreuves, j'en veux seulement dire encore ceci : elles n'ont pas pour unique avantage d'assurer au corps médical des hôpitaux le recrutement le meilleur possible ; elles étendent plus loin leurs heureux effets. Tous les concurrents n'arrivent point au but, mais ceux-là même qui restent en route n'ont perdu leur temps ni pour eux ni pour les autres : grâce à l'entraînement préparatoire, ils se sont maintenus dans le courant scientifique, perfectionnés sans relâche dans l'exercice de leur art, formés à parler en public sans manquer de sang-froid, développant ainsi leur valeur individuelle de façon à occuper plus dignement que jamais leur place dans la société. Les adversaires du concours ont-ils suffisamment réfléchi à ces bienfaits indirects, et cependant précieux, de l'institution qu'ils rêvent d'abolir ?

Je ne suis pas un satisfait systématique, je ne prétends pas que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes, et je vais donner la preuve de mon souci du progrès en formulant, à mon tour, des *desiderata*. Seulement ceux-ci, en cas de réalisation, loin de rien changer au fond des choses, le laisseraient subsister intégralement et représenteraient de simples amendements conçus dans le même esprit que l'idée première.

A-t-on bien fait de rayer du programme des épreuves celle dite de consultation ? Je ne le crois pas et j'en souhaite le rétablissement. Eh ! quoi, dira-t-on, la durée du concours n'est-elle pas déjà longue à l'excès ? Ignorez-vous qu'on a souvent grand'peine à réunir un jury, le métier de juge, moins pénible assurément que celui de candidat, ne laissant pas, en somme, d'être fort dur et même, pour les praticiens occupés, sensiblement onéreux ?

Digitized by Google

Oubliez-vous que le nombre des compétiteurs tendant à augmenter sans cesse, il en est de même du temps consacré à les entendre ? Une épreuve surajoutée amènerait un découragement général, et hâterait la fin de ce que vous tenez tant à conserver.

A ces objections, je réponds, relativement au jury, qu'on pourra toujours le constituer sans le charger outre mesure, à la condition qu'il soit renouvelé pendant la série des opérations. Cette manière de faire, que d'autres ont proposée avant moi, remédierait aux partis-pris dont le public, à tort ou à raison, croit parfois remarquer l'existence, et ne saurait en conséquence qu'accroître la foi des intéressés dans la justice du verdict final.

Quant à l'utilité de la consultation, la voici telle que je la comprends.

Les épreuves cliniques actuelles, destinées à montrer la valeur des candidats sur le triple terrain du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, permettent rarement à l'orateur de s'appesantir suffisamment sur ces dernières parties de l'art médical. C'était apparemment pour combler cette lacune qu'on avait jadis introduit dans le programme du concours une consultation écrite où les compétiteurs devaient se trouver plus à l'aise pour s'occuper de pronostic et de traitement. Par malheur la susdite consultation n'atteignait qu'imparfaitement le but visé. Obligés avant tout de définir l'état de leur malade, les concurrents s'attardaient forcément à discuter la nature de cet état, en sorte que la prétendue épreuve de pronostic et de thérapeutique revenait à une épreuve de diagnostic pareille aux autres, sauf qu'elle était écrite au lieu d'être parlée. Il conviendrait donc, selon moi, tout en rétablissant la consultation, de la remanier comme il suit :

Le malade sujet de l'épreuve étant désigné par le sort, les juges donneraient leur diagnostic au candidat. Celui-ci aurait la faculté de le vérifier et, au besoin, de le modifier, ainsi que peut le faire en ville un confrère ou un maître appelé à se joindre au médecin traitant ; le diagnostic officiel, on le croira sans peine, serait, d'ordinaire, accepté par le concurrent qui, affranchi dès lors de toute préoccupation sur ce point, discuterait et approfondirait à loisir la question du pronostic à porter et du traitement à instituer. Les chirurgiens concourant pour les hôpitaux ont bien à subir une épreuve spéciale de médecine opératoire : ne serait-il pas bon que, dans une situation analogue, les médecins eussent, eux aussi, à se mesurer formellement sur le terrain de leur thérapeutique particulière ?

Autre réforme légitime. On sait que les épreuves du concours actuel se divisent en deux catégories : 1° celles qui conduisent à l'admissibilité ; 2° celles qui, définitives, mènent à la nomination. L'admissibilité aux épreuves définitives témoigne déjà hautement de la valeur d'un candidat, le nombre des admissibles ne dépassant jamais huit pour deux places, dix pour trois places, quelque élevé que soit celui des concurrents. Cependant, au concours suivant, les admissibles restés sur la brèche ne profitent guère de leur succès relatif, et se retrouvent à côté des autres compétiteurs, exposés aux mêmes difficultés aléatoires, et n'ayant sur eux qu'un droit à la préférence en cas d'*ex æquo*. Il a paru peu juste que des hommes dont le mérite a été mis en évidence par le classement dont le jury précédent les a honorés, ne recueillent de leurs peines qu'une récompense matérielle aussi mince. Convient-il d'établir, comme d'aucuns l'ont proposé, que tout candidat comptant une admissibilité dans ses antécédents de concours, serait, dans les concours ultérieurs, dispensé des premières épreuves et rangé d'emblée parmi les admissibles aux épreuves définitives ? Je ne suis pas de cet avis, et cela pour deux raisons. D'abord une seule admissibilité peut avoir été obtenue par hasard, et n'implique pas nécessairement la supériorité constante, absolue, de celui qui l'a conquise. Ensuite il pourrait arriver que les sujets exemptés à si bon marché des épreuves éliminatoires se multipliassent assez pour atteindre et même excéder le nombre d'admissibles prévu par le règlement. Alors que deviendrait celui-ci, et surtout que deviendraient les candidats dépourvus d'admissibilité antérieure, empêchés par là même, durant un temps plus ou moins long, d'en conquérir une ?

Le meilleur moyen de sauvegarder les différents intérêts me semble être le suivant. A l'ouverture du concours et avant toute épreuve, il serait attribué aux candidats ayant une ou plusieurs admissibilités à leur actif autant de points (ou de fractions de point) qu'ils auraient été de fois admissibles. Si l'on m'objectait que, sous ce régime, certains candidats finiraient, à la longue, par aborder le concours avec une cote préacquise propre à rendre leur nomination presque inévitable, je répondrais que cette conséquence, loin d'être à regretter, serait, au contraire, pleinement d'accord avec la justice. Prétendra-t-on qu'un homme comptant dans son passé de concurrent trois, quatre, six, et jusqu'à huit admissibilités (on a vu atteindre ce dernier chiffre !) n'a pas fait surabondamment ses preuves, et qu'une solidité aussi habituelle ne légitime pas la nomination du lutteur qui l'a montrée ? Les jurys, a-t-on dit, n'ont pas à décerner des prix de persévérance. A la bonne heure ; seulement autre chose est s'entêter dans une entreprise qu'on n'a pas la force de mener à bien, et autre chose persister énergiquement dans son dessein en renouvelant continuellement la claire démonstration de ses aptitudes. La nomination, dans le second cas, n'aurait nullement lieu à l'ancienneté, elle serait véritablement faite au choix, au choix fondé sur les résultats de ce concours continu que représente la série des concours successifs. Souvent, d'ailleurs, c'est ainsi que se passent les choses : combien de fois n'a-t-on pas vu un vieux candidat longtemps desservi par les circonstances, quoique emportant toujours, malgré l'insuccès, l'estime des juges, finir par s'imposer à ceux-ci du fait même de ses admissibilités accumulées ? Il s'agirait donc simplement de régulariser une tendance dès aujourd'hui existante qui, transformée en disposition officielle précise, comblerait une lacune fâcheuse, et diminuerait chez les candidats sérieux, mais faciles à rebuter, la tentation inopportune d'abandonner la partie.

En résumé, le concours pour la place de médecin des hôpitaux, tel qu'il est présentement organisé, ne représente pas la perfection idéale et gagnerait à subir quelques modifications ; mais je soutiens que les grandes lignes en sont excellentes, qu'il pourrait à la rigueur et sans inconvénient excessif demeurer tel qu'il est, qu'on doit, si on veut y toucher, avoir soin, tout au moins, de n'en pas changer l'esprit, et qu'y introduire une épreuve « sur titres », à supposer celle-ci possible en pratique, reviendrait à dénaturer lamentablement l'institution. Heureusement inspirée en cette circonstance, l'Administration de l'Assistance publique a maintenu jusqu'ici foncièrement intact un système reposant sur la raison et sur l'expérience, n'ayant par conséquent rien de commun avec l'aveugle routine ; qu'elle continue à le tenir en vigueur sans se laisser troubler mal à propos par l'exemple des pays voisins. Les étrangers ont leurs mœurs et leurs traditions sur lesquelles on aurait tort de fermer les yeux ; il y a parfois du bon dans leur manière de faire qui, sur divers points, semble préférable à la nôtre, et j'admets parfaitement que nous puissions

Digitized by Google

recevoir d'eux des leçons utiles. Personne cependant n'avancera que nous leur soyons inférieurs uniformément et à tous égards; sous certains rapports, on me l'accordera sans doute, la comparaison peut tourner à notre avantage. Or, s'il est un terrain où, à mon sens, nous l'emportions, c'est bien celui du recrutement de notre personnel hospitalier. Nos voisins ont des savants éminents, des chercheurs studieux; on en compte pareillement chez nous, et je me trompe fort si, au double point de vue du nombre et de la valeur, les représentants du mouvement intellectuel ne sont pas, en France, à la hauteur de leurs émules d'outre-Manche ou d'outre-Rhin; ce que j'affirme, sans craindre qu'on me taxe d'exagération ou de chauvinisme, c'est qu'il n'existe nulle part une réunion de praticiens comparable au corps médico-chirurgical des hôpitaux de Paris. On rencontrera sans peine, au delà de nos frontières, des cliniciens isolés justement illustres; on ne trouvera dans aucune aucune autre capitale que la nôtre un *staff* nosocomial où la moyenne des capacités individuelles se meuve dans d'aussi étroites limites et atteigne un niveau si élevé. La cause de cette supériorité, il faut la chercher dans le concours dont je viens de prendre la défense, concours égal pour tous et si sagement conçu relativement au but poursuivi. Gardons-nous donc d'un enthousiasme irréfléchi pour les us et coutumes des autres peuples; nous dépassent-ils réellement sur tel ou tel point, reconnaissons-le en toute franchise, et tâchons alors de faire comme ils font; mais quand le mieux est manifestement de notre côté, soyons conservateurs au bon sens du mot, et sachons repousser résolument, malgré l'honorabilité de leurs apologistes, les imitations imprudentes, les innovations pernicieuses, qui n'ont du vrai progrès que l'apparence.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Contre l'ichtyose.** — Onction avec :

| | | |
|---|---|---|
| Acide salycilique..... | } à à | 1 gramme |
| Acide tartrique..... | | |
| Glycérolé d'amidon..... | | 30 — |

## BIBLIOGRAPHIE

**Technique médicale des rayons X**, par Abel Buguet, professeur de physique biologique à l'Ecole de médecine de Rouen. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le praticien trouvera dans ce *Manuel* tout ce qu'il doit savoir de technique électrique, des indications précises sur l'achat, l'installation et la conduite du matériel destiné à engendrer les courants, à produire et employer les rayons X.

Un chapitre est consacré à l'exposé de la méthode *radioscopique*.

Le chapitre de la *radiographie* enseignera le nécessaire aux médecins qui sont étrangers à la pratique photographique.

Ce livre donne une bonne idée des renseignements que peut fournir l'exploration par les rayons X et est conçu dans un but très pratique.

**Cours de minéralogie biologique**, par J. Gaube (du Gers). Chez A. Maloine, place et rue de l'Ecole-de-Médecine.

Ce nouveau livre est le résumé des leçons du premier cours de minéralogie biologique professé à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine par M. J. Gaube (du Gers). M. Gaube admet que pour les animaux et pour l'homme, le minéral est, comme pour les végétaux, le premier des aliments.

Ce volume contient douze leçons consacrées aux éléments minéraux que l'auteur appelle *biodynamiques*, par opposition aux métaux *abiodynamiques* incompatibles avec la vie telle que nous la connaissons,

La première leçon est consacrée à l'étude de la matière minérale dans ses rapports avec la vie. La deuxième leçon traite du rôle que l'auteur fait jouer au chlorure de potassium dans les phénomènes de la vie; dans la quatrième leçon est exposée l'action des sels de calcium. Les sixième et la septième leçons sont consacrées au magnésium; les idées de l'auteur sont absolument neuves.

**La médication iodurée dans les maladies de l'appareil cardiovasculaire**, par K. Schweizer. Thèse de Fribourg e/Brisgau.

Les dérivés de l'iode sont depuis longtemps employés en France et en Angleterre dans les cardiopathies, les anévrysmes, l'artériosclérose. Ils sont peu usités en Allemagne, à cause des résultats discordants que donne l'expérimentation de ces substances au laboratoire. Car nos voisins d'outre-Rhin subordonnent la clinique au laboratoire, et la thérapeutique à l'anatomie pathologique. M. Schweizer, l'auteur du travail que nous signalons, rompt avec ces errements, mais « ce qui rend sa thèse intéressante pour le médecin allemand est depuis longtemps acquis « par ceux qui connaissent les travaux de M. Huchard », comme nous l'écrit l'auteur lui-même. Après une revue des effets physiologiques des iodures sur les animaux, effets souvent contradictoires, M. Schweizer signale l'efficacité des iodures dans les anévrysmes aortiques constatée par Bouillaud en 1859, et confirmée depuis par de nombreux Français et Anglais. Ces succès engagèrent à la généralisation de la médication iodurée. G. Sée l'emploie dans l'hypertrophie du cœur, N. Guéneau de Mussy préconise la teinture d'iode dans le goitre exophtalmique, Huchard guérit l'angine de poitrine par les iodures en 1879. Ayant démontré l'importance pathogénique de l'hypertension dans l'artériosclérose, le même auteur fournit la preuve clinique et expérimentale de la diminution de la tension artérielle par les iodures : cela permet de généraliser leur emploi à toutes les manifestations de l'artériosclérose.

Après Traube, von Basch a récemment admis ces mêmes conclusions. Mendel a obtenu de bons résultats dans le vertige dû à l'athérome des vaisseaux encéphaliques, de sorte « qu'en Allemagne les indications pour la médication iodurée se rapprochent de celles énoncées par Huchard ».

Nous ne pouvons que féliciter M. Schweizer d'initier ses compatriotes à des travaux français si féconds en résultats pratiques. — Dr A. Blind.

**Distinction honorifique.** — Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Yot (de Versailles), notre collaborateur et dévoué président du Conseil d'administration du *Journal des Praticiens*, vient d'être nommé officier de l'instruction publique. Toutes nos félicitations les plus chaleureuses à notre cher et excellent ami, dont le caractère plein d'aménité et la grande honorabilité professionnelle ont inspiré partout les plus vives, les plus chaudes sympathies. — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS — IMP. CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

## Du point de côté chez les artério-scléreux et de la sténose des artères intercostales

Par M. le Dr A. Weber

Il est peu de médecins qui n'aient eu bien souvent l'occasion de résoudre le problème clinique suivant : un malade vient vous consulter pour un « point de côté » ; il ne se plaint d'aucun autre trouble fonctionnel. Il est apyrétique, ne tousse pas, et l'examen physique ne révèle le plus ordinairement, et à première vue, aucune affection latente. Ce n'est pas un rhumatisant avéré ; ou bien, s'il parle de ses « douleurs », on arrive en général assez facilement à reconnaître qu'il ne s'agit pas de rhumatisme vrai, acquis ou héréditaire, mais de douleurs erratiques, paroxystiques, rhumatoïdes en un mot. Le système nerveux est indemne. Rien, *a priori*, ne vous autorise à donner de ce point de côté une explication rationnelle.

Celui-ci présente les caractères suivants : douleur contuse, profonde, à exacerbations passagères et irrégulières, parfois paroxystique ; douleur localisée par le malade à l'un des côtés du thorax, rarement bilatérale, et siégeant tantôt vers la ligne axillaire, souvent aussi au niveau de la gouttière vertébrale et un peu en dehors. Cette douleur spontanée est peu réveillée par la pression. Certains malades réussissent même à l'atténuer en comprimant fortement le point malade. D'autres, au contraire, supportent difficilement une pression même légère sur la région endolorie. Tous éprouvent une certaine gêne dans les mouvements respiratoires et prennent une attitude qui favorise l'immobilité du côté malade.

Névralgie intercostale, rhumatisme musculaire, tels seront le plus souvent les diagnostics portés. On conseille alors les révulsifs *loco dolenti*, ou bien l'hydrothérapie. A l'intérieur, la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude sont administrés inutilement, ou ne procurent tout au plus qu'un soulagement incomplet et passager. Le malade se plaint à nouveau ; le « point de côté » reparaît, quelquefois même en se déplaçant sur le thorax, et l'on s'acharne à sa poursuite à coups de vésicatoires.

Nous avons eu l'occasion d'observer très attentivement un grand nombre de malades de ce genre, et nous avons été frappé de la présence constante de certaines particularités cliniques, parmi lesquelles nous citerons :

1° L'âge assez avancé des malades ;

2° L'état habituel d'hypertension artérielle ;

3° Des signes d'induration des artères périphériques ; des manifestations symptomatiques d'un état spasmodique des artères, telles que le doigt mort, la syncope locale, les accès de pâleur, des crampes musculaires, et parfois des accès d'angine de poitrine ;

4° Le siège constant du « point de côté » entre le 4e et le 8e espace intercostal, tantôt en avant vers l'aisselle, tantôt en arrière dans le voisinage de la colonne vertébrale ;

5° Le caractère *angoissant* de la douleur, la sensation de poids, de constriction, ordinairement signalée par les malades ;

6° L'influence de la position, des mouvements thoraciques, et des efforts musculaires en général, sur la production des accès douloureux ;

7° La délimitation habituellement circonscrite de la région douloureuse ;

8° Enfin, l'efficacité constante des médicaments vasodilatateurs, et en particulier de la trinitrine et des iodures.

— L'une de nos observations concerne une dame âgée de 50 ans, habituellement bien portante et très active, ne craignant pas la fatigue, et n'ayant jamais fait de maladie grave, sauf quelques légers accès de « fièvre intermittente » contractée au Brésil. Elle se plaignait d'une douleur en forme de point de côté siégeant au-dessous et en dehors du sein, à la hauteur du 6e espace intercostal. Cette douleur survenait par accès, à la suite d'un effort quelconque, d'une marche un peu rapide, ou bien, plus souvent encore, le soir. Lorsque la malade se couchait sur le côté gauche, la douleur avait alors un caractère angoissant, et, suivant son expression, « lui coupait la respiration ». En recherchant la douleur à la pression, nous l'avons réveillée à peu près sur toute l'étendue de l'espace intercostal, mais beaucoup plus accusée en avant. L'absence de périodicité, et d'antécédents nerveux ou rhumatismaux, fit éloigner d'emblée les hypothèses correspondantes de paludisme, de nervosisme et de rhumatisme. Aucune d'elles n'étant suffisamment justifiées, le diagnostic causal réservé, une médication antinévralgique fut ordonnée. Mais ni la quinine, ni la phénacétine, ni l'antipyrine n'obtinrent de succès. Seul, ce dernier médicament à la dose de 1 gr. 50 atténua la douleur d'une façon passagère.

Les crises douloureuses persistèrent, surtout la nuit ; et, à un nouvel examen, on pouvait constater l'existence d'un souffle doux, systolique, à siège préaortique, et sans propagation dans les vaisseaux du cou. Le cœur était hypertrophié à la percussion, ses bruits assourdis, et le deuxième bruit légèrement retentissant au foyer aortique. De plus, le pouls était petit, dur, concentré, et, avec un certain degré d'athérome des temporales, quelques symptômes d'artério-sclérose au début et d'hypertension artérielle confirmaient le diagnostic d'aortite.

Réunissant alors ces différents symptômes, l'idée nous vint d'un spasme ou d'une lésion ischémiante de la sixième artère intercostale gauche, avec aortite chronique. Dans ces conditions, la médication indiquée était l'emploi des vaso-dilatateurs ; et pour agir plus vite, la trinitrine fut administrée, à la dose de 4 gouttes par jour de la solution au centième. Dès le lendemain, le point de côté était supportable, et il disparaissait deux jours après.

Le traitement fut continué pendant environ deux mois,

Digitized by Google

puis supprimé. Pendant cette période, la médication ayant été négligée à plusieurs reprises, la douleur s'était reproduite, puis de nouveau effacée, dès les premières doses de trinitrine. La malade, réexaminée longtemps après, fut soumise avec succès au traitement ioduré.

Une autre malade, âgée de 63 ans, goutteuse, et présentant des signes d'aortite athéromateuse, avec sténose de l'orifice aortique, souffrait depuis plusieurs semaines de crises d'oppression nocturne, sans œdème pulmonaire. De plus, elle se plaignait d'une violente douleur, localisée au voisinage de la colonne vertébrale à la hauteur du huitième espace intercostal, douleur spontanée, paroxystique, nocturne, tellement aiguë qu'elle laissait toute la région en question comme endolorie pendant la journée ; à tel point qu'il était pour ainsi dire impossible de la toucher du doigt à ce niveau, sans réveiller une douleur exquise qui lui arrachait des cris. Ici, le traitement s'imposait. La trinitrine d'abord, l'iodure ensuite, eurent raison en peu de jours, et de la dyspnée, et du point de côté.

Chez un dernier malade, âgé de 60 ans, je n'avais constaté en dehors du point de côté dont il souffrait, que les signes vulgaires d'endurcissement des artères périphériques (radiales, temporales). Les antinévralgiques qu'il avait employés jusque-là étaient restés sans résultat. Seule, la trinitrine amena un soulagement rapide et durable.

Ces trois observations prises au hasard de nos notes nous paraissent assez démonstratives, et il nous semble inutile de les multiplier.

Il existe donc, à notre avis, un syndrome clinique, que nous appellerons le *point de côté des artério-scléreux*, syndrome assez nettement caractérisé, par l'âge avancé des malades, les signes d'hypertension artérielle et d'artério-sclérose, le caractère angoissant, pongitif de la douleur, son exaspération nocturne, l'influence de l'effort sur sa production, son siège entre le quatrième et huitième espace intercostal, et enfin, l'action pour ainsi dire spécifique des médicaments vaso-dilatateurs.

Son diagnostic, facile quand il s'agit d'un malade manifestement artério-scléreux par les troubles fonctionnels et par les signes physiques, présente certaines difficultés quand ceux-ci font défaut.

On devra rechercher alors soigneusement les stigmates de l'artério-sclérose au début. Il nous suffira d'énumérer ici les symptômes décrits par M. Huchard dans son traité des maladies du cœur : les algidités locales, la syncope locale, les douleurs rhumatoïdes ou crampes des membres, les vertiges, la céphalée, la somnolence avec fatigue cérébrale, les troubles visuels, la pâleur des téguments, la dyspnée d'effort, la polyurie, et enfin le signe pathognomonique de l'hypertension artérielle, le retentissement diastolique de l'aorte en coup de marteau.

En l'absence de ces signes cardio-vasculaires, le point de côté des artério-scléreux se distinguera de la douleur thoracique qui accompagne la pleurésie ou la pneumonie au début, par l'absence de fièvre, de frissons et de troubles fonctionnels respiratoires.

La névralgie intercostale vraie au contraire, sera assez souvent confondue avec le syndrome que nous étudions. Toutefois, on se rappellera que cette névralgie siège de préférence à gauche, que la douleur est plus vive, plus déchirante et pour ainsi dire plus superficielle ; qu'elle présente des localisations mieux circonscrites (points de Valleix); qu'elle est aussi bien diurne que nocturne, plus irrégulière dans son apparition et rarement périodique ; qu'elle s'exagère peu par l'effort musculaire, par la marche, mais seulement par les mouvements respiratoires; enfin, qu'elle coïncide très souvent avec d'autres douleurs, avec la gastralgie, etc.

Dans l'irritation spinale, la douleur, spontanée ou provoquée, siège au niveau des apophyses épineuses ou dans les gouttières vertébrales, sans parler des autres phénomènes morbides qui achèvent de caractériser son aspect clinique.

Les difficultés du diagnostic sont bien plus sérieuses quand il s'agit de différencier le rhumatisme des parois thoraciques. Mais, si l'on s'en tient à la description qu'en a donné Valleix, malgré les nombreuses analogies qui existent entre ces myosalgies et le point de côté des artério-scléreux, une étude attentive du malade permettra souvent de faire la distinction. Ce qui appartient surtout au rhumatisme, c'est l'horaire matinal, c'est la production presque exclusive de la douleur dans les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles atteints, douleur beaucoup plus vive que celle que l'on provoque par la pression. Enfin, jamais cette douleur n'est atténuée par la compression de la région.

Au point de vue pathogénique, le point de côté des artério-scléreux est pour nous la conséquence d'une ischémie vasculaire par spasme de l'artère intercostale. Et en cela, nous plaçons ce syndrôme nettement en parallèle avec le syndrôme angineux ; à tel point, qu'on pourrait le désigner encore sous le nom d'*angine de poitrine intercostale*. Les caractères des douleurs sont en tout comparables, et le traitement est le même dans les deux cas.

Cette interprétation pathogénique nous semble justifiée en dernier lieu par l'étude des lésions vasculaires.

On sait que les branches postérieures ou pariétales de l'aorte comprennent les artères intercostales et les artères lombaires, au nombre de deux pour chaque vertèbre ; et, comme l'aorte est en rapport avec les neuf dernières vertèbres du dos et les quatre premières lombaires, elle fournit aux parois du dos et des lombes, treize branches pour chaque côté. Quant aux espaces intercostaux supérieurs, situés au-dessus de la quatrième dorsale, ils reçoivent leurs artères de l'artère intercostale supérieure, branche de la sous-clavière. Ce qui revient à dire que les intercostales aortiques sont au nombre de huit de chaque côté, ou que ce nombre varie entre sept et neuf.

Qu'il nous suffise de rappeler ici que le point de côté

Digitized by Google

des artério-scléreux siège très souvent entre le 4e et le 8e espace intercostal.

Or, l'origine de ces artères intercostales est manifeste quand on examine une aorte thoracique ouverte, étalée. Leurs orifices sont régulièrement disposés sur deux lignes verticales, distantes de 15 à 18 millimètres, au niveau de la paroi postérieure de l'aorte. Et, quand ce vaisseau est envahi par l'athérome, ces orifices constituent autant de centres, de foyers, au niveau desquels la lésion débute, et conserve pour ainsi dire son maximum d'acuité. Comme sur tout le parcours de l'arbre artériel, la loi des éperons qui gouverne les localisations athéromateuses est, ici encore, respectée, vérifiée. Ce siège de prédilection est surtout manifeste quand l'athérome est au début de son évolution; et nous avons maintes fois vérifié, au cours des autopsies, cette localisation de l'aortite chronique avec ses conséquences fatales, depuis la simple déformation de l'orifice des artères intercostales jusqu'à son oblitération complète.

Comment admettre qu'une lésion aussi fréquente, aussi banale, puisse se développer sans provoquer à un moment donné une symptomatologie spéciale! Et comment ne pas voir ici plus qu'une analogie entre elle et la lésion des coronaires dans l'angine de poitrine? Certes, elle peut, comme cette dernière, évoluer jusqu'à son terme ultime sans se manifester pendant la vie. Mais, que l'élément spasmodique intervienne, et aussitôt, par la brusque production de l'ischémie, la douleur apparaîtra. Aussi, n'est-ce pas sans quelque apparence de raison que l'on peut donner au point de côté des artério-scléreux le nom d'angine de poitrine intercostale.

Si le diagnostic de ce syndrome n'est pas toujours facile à porter, il n'en est pas moins vrai que certaines douleurs thoraciques sont rangées dans le cadre des névralgies, sans que l'on ait suffisamment pris la peine d'élucider leur étiologie. D'autre part, le rétrécissement progressif des artères intercostales à leur orifice, sous l'influence de l'extension de l'athérome aortique, n'a jamais été incriminé, que nous sachions, pour expliquer ces troubles de la sensibilité. On semble sous-entendre qu'une ischémie aussi restreinte en apparence, doive se développer sans aucun retentissement. Et cependant, on admet très volontiers la douleur provoquée par l'ischémie artérielle, dans le myocarde pour l'angine de poitrine, dans les muscles des membres pour l'artérite oblitérante. Il nous parait donc fort logique de l'invoquer aussi pour certaines douleurs des espaces intercostaux.

Au reste, l'efficacité de la trinitrine et des iodures nous fournit un dernier argument d'une importance considérable. On sait, en effet, que la trinitrine, en particulier, semble agir surtout sur le système vasculaire, en dilatant les vaisseaux périphériques et en abaissant la tension artérielle. Que ce médicament exerce son action directement sur l'élément contractile des vaisseaux, ou bien en paralysant le grand sympathique, l'effet reste le même. Et, si son emploi est couronné de succès dans certaines douleurs thoraciques, c'est que son action vaso-dilatatrice fait disparaître l'ischémie, intercostale organique ou fonctionnelle, des artério-scléreux.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Du choix des sondes uréthrales pour le cathétérisme d'urgence

Par le Dr S. Banzet,
*Ancien interne des hôpitaux.*

Nombre de praticiens, n'ayant à s'occuper qu'accidentellement de malades présentant des affections des voies urinaires, considèrent encore le cathétérisme de l'urèthre comme une manœuvre le plus souvent très simple, et qui ne mérite pas d'encombrer leur arsenal chirurgical. Ils possèdent dans leur trousse un instrument métallique formé de deux pièces, qui, par une heureuse combinaison, leur fournit, en même temps que la sonde de femme, la sonde d'homme applicable à tous les cas urgents qui peuvent se présenter à eux.

Nous voudrions montrer ici que cette sonde de trousse et les instruments analogues, dangereux dans tous les cas et incapables de répondre aux multiples indications du cathétérisme urgent, doivent être complètement abandonnés. Ce que nous proposerons en échange est, certes, un peu plus compliqué; mais qui veut la fin veut les moyens, et le progrès, à côté des avantages qu'il apporte, n'a-t-il pas l'inconvénient de rendre souvent les procédés moins simples ?

La sonde métallique, dont nous voulons faire le procès, est destinée au cathétérisme de l'homme et à celui de la femme; chez cette dernière, elle ne présente pas d'inconvénients, tous les instruments étant, dans la majorité des cas, bons à traverser l'urèthre féminin, pourvu qu'ils soient stériles.

Mais, chez l'homme, l'unique sonde de trousse est incapable dë répondre aux multiples indications du cathétérisme, et, de plus, elle est dangereuse. Nous allons tâcher de le montrer rapidement.

Les principaux inconvénients de la sonde métallique tiennent à deux défauts : elle est de courbure fixe, èt c'est un instrument rigide. Pour construire ces instruments, on s'est basé de façon plus ou moins heureuse sur les anciennes recherches sur les courbures de l'urèthre. Or, si l'on réfléchit combien ces courbures sont modifiées dans certaines affections, en particulier dans l'hypertrophie de la prostate, on conçoit sans peine qu'un instrument rigide construit pour traverser un urèthre sain est aussi mauvais que possible pour franchir, par exemple, l'urèthre d'un prostatique dans lequel la courbe est devenue plus longue et d'un plus grand rayon.

La courbure de l'urèthre peut être non seulement allongée, mais encore déformée, ceci le plus souvent par une

Digitized by Google

saillie prostatique. Qu'arrive-t-il alors ? Le bec rigide de l'instrument vient buter contre cette saillie molle ; pour peu que l'opérateur insiste un peu, et il n'a pas besoin d'y mettre beaucoup de force, une fausse route est produite. Cela peut même arriver dans un urèthre sain, non dévié : la sonde se coiffe du cul-de-sac du bulbe, est arrêtée à la portion membraneuse : on appuie et on effondre le cul-de-sac. Les mêmes dangers sont, à plus forte raison, à redouter si l'on a affaire à un urèthre rétréci.

La sonde de trousse, et, sauf indications particulières, toute sonde métallique est à proscrire. Quels sont donc les instruments qu'il faut employer ?

Supposons que nous soyons appelés auprès d'un malade qui nous est inconnu et qui n'urine pas. L'anurie ayant été éliminée par la saillie du globe vésical appréciable par le palper simple ou combiné au toucher rectal, il est nécessaire, pour traiter notre malade de façon utile, et sans danger, de connaître la cause de cette rétention. Cette cause est à chercher de deux côtés : du côté de l'urèthre et du côté de la vessie. La rupture de l'urèthre et les causes extra-uréthrales seront facilement éliminées par l'interrogatoire et l'examen du malade. Il en est de même d'une rétention au cours d'une inflammation aiguë, comme cela se présente chez les blennorrhagiques, ou d'une retenue d'urine au cours d'une fièvre grave. Nous aurons alors à envisager, comme cause de rétention, la diminution du calibre de l'urèthre, qu'il s'agisse d'une transformation de sa paroi ou d'un spasme, d'un obstacle prostatique ou d'un corps étranger obstruant sa lumière, et le défaut de contractilité de la vessie. Le diagnostic de cette cause ne pourra être fait qu'après exploration de l'urèthre ; suivant sa nature, des instruments évacuateurs de différents modèles devront être employés.

Nous devons donc avoir à notre disposition : 1° des instruments permettant d'explorer l'urèthre ; 2° différentes sondes évacuatrices.

Nos instruments explorateurs seront les bougies exploratrices à boule de M. le professeur Guyon, formées d'une tige assez mince en gomme portant à son extrémité un renflement conique. Une boule assez volumineuse franchit-elle, sans rencontrer d'obstacle, toute la longueur de l'urèthre ? nous sommes certains que celui-ci est libre : il ne peut y avoir, comme cause uréthrale de rétention, qu'une saillie prostatique que la boule, grâce à la flexibilité de sa tige, a franchie.

Au contraire, notre boule exploratrice est arrêtée dès les premières portions de l'urèthre, ou bien ne rencontre un obstacle définitif que plus loin, après avoir franchi, chemin faisant, plusieurs ressauts : nous avons affaire à un rétréci. En employant successivement des instruments de calibre décroissant, nous arrivons à franchir tous les points rétrécis : nous avons pu ainsi facilement apprécier le nombre, le siège, le degré et l'étendue des sténoses. Si, enfin, toutes les bougies à boule de notre arsenal, même les plus petites, se sont trouvées trop volumineuses, nous employerons comme instrument d'exploration des bougies olivaires filiformes, également en gomme, à extrémité droite, en vrille ou en baïonnette, avec lesquelles nous finirons le plus souvent, en y mettant de la patience, par avoir raison de l'obstacle.

Un troisième cas se présente : aucun obstacle dans l urèthre antérieur. Après avoir franchi le périnée, comme nous avons pu nous en convaincre en suivant avec le doigt la marche de la boule à travers les parties molles, nous sommes brusquement arrêtés. Un peu de pression soutenue contre l'obstacle, brusquement le chemin devient libre ; spasme de la portion membraneuse.

Enfin, parfois une sensation, de contact rugueux contre un corps dur nous renseignera sur la présence d'un corps étranger soit dans l'urèthre antérieur, soit dans l'urèthre postérieur.

L'étude des antécédents, jointe à l'exploration de l'urètre, nous ayant presque toujours permis de faire le diagnostic de la cause de la rétention, quels sont les instruments à employer dans les différents cas ?

Prenons tout d'abord les rétrécis : la sonde de ces malades est la sonde à bout olivaire. Cette sonde, analogue comme forme aux bougies coniques olivaires dont on se sert pour la dilatation, s'engage, grâce à son extrémité mince, dans les anneaux urétraux, et, si son calibre est convenable, les franchit facilement. Cette sonde, en gomme, doit être souple et en même temps suffisamment résistante pour ne pas se replier lorsque le chirurgien appuie pour la faire pénétrer. Nous disons « appuie », ; il faut bien se garder de confondre « appuyer » et « forcer ». Jamais, dans aucun cas, il ne faut faire de cathétérisme forcé ; il faut suivre la sonde, la conduire dans l'urètre d'une main à la fois ferme et légère, de telle sorte que, si elle trouve une porte entr'ouverte, elle se hâte de la pousser et de se faire le chemin ; mais elle ne doit jamais enfoncer les portes. Nous avons choisi, pour cathétériser notre rétréci, une sonde d'un calibre correspondant à celui de ses anneaux les plus étroits. Mais si le rétrécissement le plus serré est filiforme, comment parerons-nous à la rétention que nous avons supposée ? Aucune sonde ne passera ; mais, avec le matériel d'urgence dont nous devons être possesseur, nous ne serons pas désarmé. Nous avons pu franchir l'urètre avec une bougie filiforme ; nous la fixerons et la laisserons à demeure pendant 24, 48 heures. L'urine reprendra son cours, et, de plus, lorsque nous enlèverons notre bougie, nous pourrons souvent entreprendre sans peine la dilatation.

Sonde à bout olivaire, bougie filiforme, tels seront donc nos instruments évacuateurs pour les rétrécis.

Pour tous les autres cas, deux variétés de sondes suffiront : ce sont les sondes en caoutchouc rouge vulcanisé, dites sondes de Nélaton, et les sondes en gomme à béquille. La sonde de Nélaton est, dans tous les cas où elle peut franchir l'urètre, l'instrument auquel le praticien donnera la préférence. Si l'urètre est libre, elle passera

Digitized by Google

facilement. Sa flexibilité lui permettra, dans la majorité des cas, de contourner un obstacle prostatique. Elle est suffisante dans presque tous les cas où la rétention est due à une inflammation aiguë urétrale ou prostatique. Enfin elle fera très souvent céder un spasme de la portion membraneuse.

La sonde béquille est la sonde des prostatiques chez lesquels la sonde molle ne passe pas. Elle possède, en effet, deux qualités qui manquent à la précédente : tout d'abord, étant souple, mais non élastique, elle ne se laisse pas tasser lorsqu'elle rencontre une légère résistance ou lorsqu'elle chemine dans un urètre dur. Sa seconde qualité est la conformation de son bec : celui-ci, arrondi, mousse, et non plus aminci comme celui de la sonde à bout olivaire, par suite inapte à s'attaquer à une saillie prostatique et à y pénétrer par effraction, est en outre, relevé à angle obtus sur le corps de la sonde ; de telle sorte que, bien conduit, il chemine le long de la paroi supérieure de l'urètre. Cul-de-sac du bulbe, obstacles prostatiques siègent sur la paroi inférieure ; le bec relevé de notre sonde les évite.

Supposons maintenant qu'il s'agisse d'un spasme de la portion membraneuse que la sonde molle de Nélaton n'a pu franchir ; un instrument un peu plus rigide pourra peut-être s'en rendre maître. La sonde à bout olivaire est mauvaise dans ce cas : le cul-de-sac du bulbe est là, de suite avant l'arrêt, pour la recevoir et la coiffer. La sonde béquille, au contraire, arrive par en haut, directement menée sur le centre de l'orifice par la paroi supérieure de l'urètre non dépressible.

Il est pourtant des cas où la sonde béquille ne suffit pas, et où nous réussirons à passer avec un instrument possédant les mêmes qualités, mais à un degré plus accentué : plus rigide, et à bec plus relevé. Cet instrument, nous le possédons, si nous plaçons dans cette même sonde béquille, insuffisante telle quelle, un mandrin métallique. Nous aurons donc les deux mandrins du professeur Guyon, le mandrin courbe et le mandrin coudé. Sans insister sur la description et la manœuvre de cet instrument, disons seulement comment il faut placer la sonde béquille pour s'en servir efficacemment. Les sondes béquilles doivent posséder deux yeux, placés à inégale distance de l'extrémité de la sonde : l'un se trouve sur le bec lui-même, entre l'extrémité mousse de la sonde et l'angle que forme le bec avec le corps ; l'autre est sur le corps de la sonde, immédiatement en arrière de l'angle. Le mandrin, introduit dans la sonde, ne doit pas être poussé jusqu'au bout : son extrémité doit s'arrêter entre les deux yeux et rester cachée, c'est-à-dire qu'on doit voir le mandrin par l'œil postérieur, et qu'on ne doit pas encore le voir par l'œil antérieur. Que se produit-il lorsque notre mandrin est ainsi placé? Sans parler de la rigidité plus grande de l'instrument, qui reste néanmoins mousse, flexible et peu contondant par son extrémité, on comprend facilement que le bec de la sonde se trouve beaucoup plus fortement relevé, et évite encore mieux un obstacle prostatique considérable. Le mandrin courbe, placé comme nous venons de le dire, nous donnera un bec plus relevé ; le mandrin coudé, placé non plus entre les deux yeux, mais à quatre ou cinq centimètres de l'angle formé par le bec et le corps, nous donnera une sonde bicoudée qui, souvent, nous permettra de sonder notre malade alors que la manœuvre du mandrin courbe aura échoué.

Nous n'avons envisagé ici que les instruments nécessaires au cathétérisme évacuateur. Si nous voulons en dresser la liste et nous composer ainsi une trousse d'urgence, nous aurons à nous procurer :

6 bougies exploratrices à boule nos 20, 17, 15, 13, 10, 7.
6 bougies filiformes droites et en baïonnette.
4 sondes à bout olivaire nos 12, 14, 16, 18.
4 sondes en caoutchouc nos 15, 16, 17, 18.
4 sondes béquilles nos 13, 15, 17, 18.
Puis nos deux mandrins, courbe et coudé.

Ainsi pourvus, nous réussirons dans bien des cas où nous aurions échoué avec la sonde de trousse ; en nous rappelant que, dans tout cathétérisme, si on a le droit d'appuyer, on n'a jamais le droit de forcer, bien des fausses routes dont nous nous serions chargé la conscience nous seront évitées. Et cette considération nous fera prendre notre parti d'un matériel qui n'est, à vrai dire, ni bien encombrant, ni bien coûteux.

# DIAGNOSTIC MÉDICAL

### Application de la radioscopie au diagnostic médical

Les récentes communications de M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences montrent toute l'utilité que la radioscopie peut apporter au diagnostic médical. « Assurément, dit M. Bouchard, le diagnostic peut être fait aussi sûrement et complètement par les procédés habituels de l'exploration, et l'application de cette méthode est soumise à des conditions qui en rendent encore l'emploi peu pratique. Mais, sans compter la précision plus grande que la radioscopie donne à la constatation des déplacements du médiastin, elle a l'avantage de faire contrôler une méthode par une autre, un sens par un autre. »

Il est vrai que les médecins praticiens à qui nous nous adressons ne peuvent guère installer chez eux un appareil dont le prix de revient est considérable, mais, dans les grands centres, même dans les petites villes où l'on possède une source d'électricité suffisante, l'installation d'un appareil radioscopique pourra rendre les plus grands services.

Jusqu'ici, les explorations par les rayons X n'ont donné de renseignements utiles que pour les affections thoraciques ; au-dessous du diaphragme, le corps devient imperméable. Toutefois, M. le professeur Bouchard, dans ses leçons, a fait observer que les estomacs dilatés et remplis de gaz se laissaient traverser par les rayons et dessi-

Digitized by Google

naient sur l'écran fluorescent, au milieu de l'opacité abdominale, une petite zone claire, de grandeur variable.

Mais avant d'envisager quels renseignements donne la radioscopie dans les affections thoraciques, quelle est la technique actuelle de la radioscopie et que voit-on en examinant le thorax d'un homme sain?

Dans les tubes de Crookes employés actuellement, l'anode se termine intérieurement par un disque de platine appelé anticatode ou focus d'où le nom de *tubes focus* donné à ces tubes. Pour avoir une puissance plus grande on ajoute une anode supplémentaire.

La cathode est formée d'un long fil de platine qui se continue à l'intérieur par un disque d'aluminium auquel on a donné une courbure convenable. Les tubes sont construits de façon que les rayons cathodiques viennent converger sur le foyer des lames antieathodiques. La lumière est bonne quand ces foyers rougissent et quand il n'y a pas d'intermittences ; elle a alors une coloration verdâtre.

L'écran fluorescent est composé d'un carton bien plan, recouvert sur une de ses faces d'une substance adhésive, sur laquelle on saupoudre du platinocyanure de baryum en cristaux excessivement fins. La face sensible de l'écran est protégée par une mince feuille de celluloïde transparent ; le dos est recouvert d'une feuille de papier noir (papier à aiguilles).

Si on place le thorax d'un homme bien portant entre le tube de Crookes et cet écran on voit apparaître « sur cet écran le squelette du thorax figuré par une bande noire verticale à bords parallèles, et de chaque côté par des bandes obliques moins foncées représentant les côtes. De plus, on voit à droite de la colonne, vers le milieu de la région dorsale, une ombre portée par le cœur où l'on peut discerner les battements. Enfin, l'ombre portée par le foie avec sa convexité supérieure monte et descend dans la cavité thoracique suivant les mouvements respiratoires. En dehors de ces ombres, tout le reste du thorax apparaît en clair également des deux côtés, le médiastin, masqué par la colonne, n'apparaît pas. »

A cette description de M. Bouchard, il n'y a qu'un mot à ajouter, c'est qu'il est nécessaire de séjourner dans l'obscurité un peu de temps et de s'y habituer afin de voir se dessiner très nettement les organes, et, afin d'avoir plus de netteté dans les images, M. le professeur Bouchard a fait installer un rideau noir devant le tube de Crookes afin de n'être pas gêné par la lumière diffuse.

Les cas pathologiques auxquels l'exploration radioscopique a été appliquée sont assez nombreux. C'est M. le professeur Bouchard qui, le premier, en a fait une étude approfondie. Ses recherches ont été reprises avec le plus entier succès par M. le professeur Bergonié (de Bordeaux).

Les recherches ont d'abord porté sur *les pleurésies* :

« Chez trois hommes atteints de pleurésie droite avec épanchement, dit M. Bouchard, j'ai constaté que le côté du thorax occupé par le liquide pleurétique présente une teinte sombre qui contraste avec l'aspect clair du côté sain ; que si l'épanchement ne remplit pas la totalité de la cavité, le sommet de ce côté reste clair et que la teinte sombre dessine la limite supérieure de l'épanchement, telle qu'elle est établie par la percussion et par les autres moyens habituels de l'exploration physique ; que la teinte sombre se fonce de plus en plus à mesure qu'on l'observe en descendant de sa limite supérieure, où l'épanchement est plus mince, vers les parties inférieures, où il est plus épais et où son ombre se confond avec celle du foie.

« J'ai reconnu de plus que, dans ces trois cas de pleurésie droite, le médiastin, qui n'est pas apparent à l'état normal, porte une ombre à gauche de la colonne et figure un triangle à sommet supérieur, et dont la base se continue avec le cœur.

Ce triangle est l'ombre portée par le médiastin déplacé par la poussée latérale de l'épanchement et refoulé vers le côté sain du thorax.

Dans un quatrième cas où l'épanchement n'existait plus, mais avait laissé à sa suite une rétraction du côté malade, c'est de ce côté que le médiastin déplacé faisait ombre. »

En étudiant ces cas de pleurésie, j'ai vu la teinte claire du sommet du thorax augmenter d'étendue en même temps que l'épanchement se résorbait. Chez l'un des malades, cependant, l'opacité persistait au sommet, tandis qu'une plaque claire apparaissait vers le milieu du côté où manifestement l'épanchement diminuait. Enfin, la résorption de cet épanchement étant presque complète, le sommet restait presque toujours obscur. Ce fait, qui ne s'était pas observé dans les deux autres cas, me donna à penser qu'il y avait condensation du tissu pulmonaire au sommet du poumon du côté malade. La percussion et l'auscultation me confirmèrent cette prévision et révélèrent l'existence d'une infiltration commençante que l'épanchement avait d'abord masquée. Cette tuberculose pulmonaire avait été révélée par l'examen radioscopique.

M. Bouchard insiste surtout sur le fait de la déviation du médiastin dans les pleurésies, déviation du côté opposé quand il y a épanchement, du même côté que la lésion quand il y a adhérences.

Sur deux malades atteints de pleurésie unilatérale, M. le Dr Bergonié a également constaté une différence énorme entre la transparence des deux poumons. Chez le premier malade, dit-il, une femme atteinte de pleurésie purulente, le sommet du poumon apparaissait très transparent, mais la ligne de démarcation peu nette, comme à la percussion. Les seins, assez développés, formaient une ombre intense et limitée qui, tout d'abord, avait induit en erreur. Chez le second pleurétique, chez lequel une zone de matité très nettement limitée avait été trouvée, on détermina également une zone d'opacité. Les mouvements du diaphragme avaient une amplitude très diminuée du côté affecté par rapport au côté sain.

M. Bouchard (leçons orales) chez un pleurétique ayant subi l'opération de l'empyème et qui, par conséquent,

Digitized by Google

avait de l'épaississement de sa plèvre, et de plus des lésions bacillaires du sommet du poumon, a pu constater également une opacité relative et assez accentuée du côté malade par rapport au côté sain. Les lésions du sommet se manifestaient par une ombre encore plus accentuée.

Dans la *tuberculose pulmonaire,* la radioscopie donne donc également des résultats positifs, et M. Bouchard résume ainsi dans sa communication à l'Académie des sciences, les résultats auxquels il est arrivé : « Chez tous les tuberculeux que j'ai examinés à l'aide de l'écran fluorescent, j'ai constaté l'ombre des lésions pulmonaires; son siège était en rapport avec les délimitations fournies par les autres méthodes de l'exploration physique; son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires, apparaissant sur le fond sombre, ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais dans d'autres cas, où l'auscultation faisait reconnaître l'existence d'excavations, celles ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique. Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles, et les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable, et, quelques jours après, l'auscultation comme l'examen bactériologique ne laissaient pas le moindre doute. »

M. Bergonié chez un de ses malades a pu également vérifier ces assertions.

Le même auteur a pu, de plus, appliquer la radioscopie à un cas de *kyste hydatique du poumon.* L'examen lui a révélé l'existence d'une zone opaque ayant envahi le côté gauche du thorax et laissant aussi bien sur le bord externe que du côté de la colonne vertébrale et au sommet, une mince bande très claire dans laquelle des ponctions avaient pu être faites sans aucune trace de liquide. L'opacité de l'ombre, vue en arrière, et ses bords bien nets ont prouvé que le kyste siégeait beaucoup plus près de la région postérieure du thorax que de la partie antérieure, ce que vérifiait la percussion. Pour montrer l'exactitude des renseignements fournis par la radioscopie, M. Bergonié s'est servi d'un procédé très ingénieux, il limitait d'abord par la percussion les zones de matité, puis il en marquait les contours sur le thorax au moyen de légers fils de plomb maintenus par du collodion. Ces derniers, opaques pour les rayons X dessinaient sur l'écran fluorescent un trait noir, et on pouvait constater que leur ombre portée entourait exactement les zones sombres causées par les collections liquides et répondant aux zones mates.

Les rayons X ont également été utilisés par M. Bouchard chez une fillette atteinte d'adénopathie trachéo-bronchique et ont montré avec une netteté parfaite l'ombre des ganglions à droite de la colonne vertébrale et correspondant exactement aux signes physiques observés, matité, souffle interscapulo-thoracique, etc.

Dans un autre cas, une teinte un peu obscure ayant été constatée à l'une des bases pulmonaires chez un individu suspect, M. Bouchard a constaté à l'auscultation l'existence de frottements pleuraux.

La radioscopie n'est pas seulement applicable aux affections pleuro-pulmonaires, mais elle donne d'utiles renseignements dans les affections cardio-aortiques. C'est ainsi que M. Bouchard a pu voir un *anévrysme de la crosse de l'aorte* avec son siège, sa forme, son volume, contrôlant ainsi les données de l'exploration ordinaire; des *ectasies aortiques* se dessinant à gauche et à droite du sternum, par une courbe un peu moins éclairée que le fond du thorax et prenant une dimension plus grande à chaque systole cardiaque, une *ectopie cardiaque* secondaire à des adhérences pleurales anciennes, des *hypertrophies du cœur* compensatrices des scléroses artérielles ou rénales, les oreillettes battant à droite du sternum. Il est probable que la radioscopie donnerait également des renseignements positifs dans les cas de péricardite avec épanchement, et serait d'une incontestable utilité dans les formes chroniques, dans les péricardites tuberculeuses dont le diagnostic est si délicat.

Ces quelques considérations montrent donc qu'on est en droit d'espérer que l'exploration par les rayons Rœntgen est appelée à rendre de grands services pour le diagnostic des affections thoraciques. — M. D.

## Formulaire du Praticien

**Traitement de la varicelle.** — Le traitement de la varicelle est surtout un traitement hygiénique ayant pour but d'en éviter les complications possibles dont une des plus redoutables est la néphrite. Aussi, il conviendra de garder l'enfant à la chambre et d'éviter toutes les causes de refroidissement. Une diète relative est tout indiquée, le lait avec un peu de bouillon et des tisanes chaudes seront l'élément principal de l'alimentation, et s'il y avait quelque peu d'albumine dans les urines, il ne faudrait pas hésiter à prescrire le régime lacté absolu.

Le traitement purement médical se réduit à peu de chose et c'est surtout un traitement symptomatique. L'embarras gastrique sera, le plus fréquemment, un des symptômes que l'on aura à combattre ; au début de la maladie, un vomitif produira les meilleurs résultats ; et quand l'éruption est terminée, on donnera la préférence aux purgatifs soit de l'huile de ricin 10 gr., soit le calomel de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigr. S'il y a des signes d'infection générale, on tonifiera le petit malade et on pourra lui donner à petites doses des antiseptiques intestinaux (Braquehaye et G. de Rouville).

S'il y a une stomatite un peu forte, faire des attouchements avec une solution de :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse..... | 5 grammes |
| Eau..... | 100 — |

Digitized by Google

La conjonctivite devra également être l'objet de tous les soins, on instillera de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate de zinc..... | 1 gramme | |
| Eau ..... | 100 — | |

et on enduira le bord libre des paupières avec de la pommade au précipité jaune :

| | | |
|---|---|---|
| Précipité jaune..... | 0 gr. 20 | |
| Vaseline..... | 10 gr. | (Comby). |

Ou au calomel :

| | | |
|---|---|---|
| Calomel..... | 0 gr. 25 | |
| Vaseline..... | 10 gr. | (Josias). |

De plus, Comby conseille d'attaquer les vésicules conjonctivales ou cornéennes avec le crayon au nitrate d'argent mitigé ou au sulfate de cuivre.

Pour combattre le prurit et conjurer les grattages intempestifs, on pratiquera des onctions avec la vaseline boriquée et on saupoudrera non avec l'amidon seul qui peut fermenter, mais avec un mélange d'amidon et de poudres antiseptiques ou inertes comme les suivantes :

Poudre d'amidon .....
— de talc ..... } ãã
— acide borique.....

Ou bien :

Poudre d'amidon.....
— d'oxyde de zinc..... } ãã
— d'acide borique.....

On ne conseillera les pommades antiseptiques comme, par exemple, la vaseline salolée, qu'à la période d'encroûtement.

Les infections secondaires peuvent devenir graves, aussi doit-on les combattre activement. Guyot cite le cas d'un externe de son service qui, à la suite d'une varicelle, fut atteint d'un érysipèle de la face et succomba. La transformation gangréneuse des vésicules est d'une gravité extrême ; on lui opposera les bains et les pulvérisations au sublimé, les badigeonnages au permanganate de potasse, les pommades antiseptiques (Josias).

M. Josias conseille aussi de se méfier des arthrites de la convalescence qui peuvent suppurer. Il faut alors immobiliser l'articulation atteinte ou faire de l'extension continue pour les grandes articulations, administrer du salycilate de soude, et ne pas hésiter à pratiquer l'arthrotomie, si l'articulation contient du liquide louche ou purulent. On ne commencera le massage progressif qu'assez tardivement et avec prudence.

Enfin, s'il n'y a pas de complications graves, au bout de 12 à 15 jours de la varicelle normale, on donnera un bain savonneux au malade et il sera autorisé à reprendre la vie en commun. En ce qui concerne les écoliers, la durée *légale* de l'isolement est de 25 jours à partir du premier jour de l'invasion. — M. D.

## RHINOLOGIE

**Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales.** — La cloison des fosses nasales est rarement, dans la race blanche, plane, lisse, unie ; on peut dire que l'état normal est l'exception, puisque, sur 7 cas, il n'y aurait, d'après Lœwenberg, qu'une cloison absolument plane.

Ce n'est que vers l'âge de 6 à 7 ans que la cloison commence à se dévier d'un côté ou de l'autre ; cette assertion de Zuckerkandl, exacte dans la majorité des cas, présente néanmoins des exceptions.

Les anomalies de forme sont nombreuses, mais ont pour siège presque exclusif les deux tiers antérieurs du septum ; tantôt la convexité à courbure verticale n'existe que d'un côté des fosses nasales, tantôt cette convexité est bilatérale, de sorte qu'une coupe verticale et transversale de la cloison présenterait la forme d'un S ; dans un certain nombre de cas, la saillie anormale siège à la partie antérieure de la cloison, sous forme d'une saillie arrondie d'avant en arrière qui obture plus ou moins complètement la narine correspondante ; une enfant de 4 ans nous fut amenée pour une prétendue tumeur de la fosse nasale gauche qui n'avait que cette déviation antérieure.

Il suffit d'inspecter les deux fosses nasales pour constater qu'à la convexité d'un côté correspond une convexité de l'autre.

Souvent, la déviation de la cloison se complique d'un épaississement plus ou moins notable ; on peut s'en assurer en mesurant avec un compas, comme nous le faisons parfois, l'épaisseur de la cloison qui, à l'état normal, est environ de deux millimètres.

L'épaississement de la cloison peut aussi exister sur une cloison relativement normale comme direction ; il affecte des formes variées qui peuvent se ramener aux trois suivantes : épaississement étendu à bords mal limités, épaississement à bords nets sous forme d'une crête, enfin il peut présenter la forme d'une épine ou plus exactement d'une corne.

Beaucoup de malades peuvent être affectés de l'une de ces lésions sans en éprouver d'incommodité notable, si elle n'est pas très développée, mais il en est d'autres qui présentent des symptômes assez sérieux pour obliger à intervenir.

Tout épaississement qui entraîne une obstruction plus ou moins complète de l'une des fosses nasales requiert l'intervention ; on peut s'assurer de la perméabilité des fosses nasales en faisant expirer fortement par un côté pendant que la narine opposée est comprimée avec le doigt ; le bruit ainsi produit par le courant d'air ou l'impression qu'il donne sur le dos de la main placée au devant de la narine, renseigne sur la perméabilité comparative des deux cavités nasales.

Des crêtes ou éperons peu volumineux peuvent pro-

Digitized by Google

voquer des accidents locaux ou réflexes qui ne disparaîtront qu'avec la cause déterminante, sans parler des complications auriculaires qui sont fréquentes, nous ne ferons que signaler la tuméfaction du cornet inférieur et quelquefois son atrophie par compression, la rhinite chronique, la céphalalgie, les accès de toux, les crises d'asthme qui ne cèdent à aucun traitement médical, etc.

Quand un examen approfondi a démontré la nécessité de pratiquer l'exerèse de la saillie pour faire disparaître les accidents dont se plaint le malade, on a le choix entre un grand nombre de procédés et trois méthodes générales : l'instrument tranchant, la scie à main ou électrique et l'électrolyse.

Dans cet article sommaire, nous ne parlerons que de l'emploi de la scie à main de Bosworth. Cette scie qui n'a que quelques millimètres de large et porte des dents sur une longueur de 4 à 5 centimètres, est fixée à angle obtus, à un manche métallique. Au lieu d'avoir plusieurs modèles de scie, il est préférable d'avoir une lame mobile pouvant se fixer dans tous les sens à un manche approprié de manière à pouvoir diriger le bord actif en haut ou en bas ou obliquement suivant les besoins.

Généralement il vaut mieux scier de haut en bas que de bas en haut parce que la main est plus sûre dans les mouvements de va-et-vient et que l'on sent mieux le degré de pression exercé par la scie sur la crête à sectionner.

Après avoir anesthésié la muqueuse nasale avec une solution de cocaïne, on place le spéculum et sous le contrôle du miroir frontal on commence à scier la muqueuse au point où la crête se détache de la cloison ; il faut avoir soin de ne pas exercer une forte pression avec la scie et de ne lui imprimer que des mouvements peu étendus ; avec un peu d'expérience on sent très bien si l'instrument mord et avance.

Si l'on est obligé de retirer la scie, avoir soin de déterger la fosse nasale du sang qui la remplit avec un tampon d'ouate et bien replacer la scie dans le trait déjà tracé ; la partie dure sectionnée, elle reste encore attachée par un lambeau de muqueuse qui ne résiste pas à la traction avec une pince, nous indiquerons les précautions post-opératoires à prendre pour éviter les complications. — Dr A. Courtade, *assistant du service laryngo-otologique de l'hôpital Lariboisière.*

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 26 janvier 1897*

**Peste bubonique, épidémie de l'Indo-Chine en 1894.** — M. Proust. La peste sévit surtout sur Hong-Kong et envahit toute la population. Il n'y eut pas de statistique, mais on présume que, sur une population de 1800 mille habitants il y eut 100 mille victimes. Les médecins ne firent pas de tentatives thérapeutiques, et c'est à peine si quelques indigènes sortirent guéris de l'hôpital. Là, comme dans toutes les épidémies de peste bubonique, il existait un signe avant-coureur de l'envahissement du germe les rats mouraient en grande quantité.

*Mesures de prophylaxie.* Il faut appliquer pour la peste, plus que pour toutes autres maladies, les moyens d'isolement employés dans les maladies contagieuses : isolement du malade par rapport à sa famille ; isolement de la famille du malade ; soins d'isolement à prendre par le médecin.

Mais avant d'avoir à appliquer en Europe ces mesures, quelles chances l'envahissement a-t-il de se faire jusqu'ici ?

Le foyer d'origine de la peste est l'Indo-Chine. Jadis les moyens de communications par terre étaient lents et difficiles, de là la difficulté de diffusion du germe par cette voie. Aujourd'hui, le chemin de fer créé au travers de l'Afghanistan rendra beaucoup plus facile la propagation. Sur ce point, c'est au gouvernement russe d'exercer la surveillance.

La deuxième voie est la voie maritime. Elle comporte deux routes principales :

1° Celle du golfe Persique, celle de la mer Rouge. La contagion venue par le golfe Persique devrait être arrêtée par le gouvernement perse. Celui-ci paraît être doué des meilleures intentions. Mais il ne faut point oublier qu'un service demandant beaucoup de soin et obligeant à certaines dépenses, sera toujours négligé par des orientaux. Il faudrait donc instituer en Perse un service international assuré par des Européens.

2° La route de la mer Rouge est la plus dangereuse. En effet, la peste se trouve déjà à Bombay, le pèlerinage de la Mecque va bientôt avoir lieu ; de plus, si l'on ajoute que les Anglais apportent dans cette question une grande négligence, on comprend que sur ce point le péril soit proche. Les autorités égyptiennes sont impuissantes à enrayer la propagation.

Il faudrait donc créer une *union sanitaire internationale* destinée à organiser un vaste cordon sanitaire défendant la mer Rouge et la Perse. Plusieurs cordons de deuxième ligne compléteraient ce premier système de défense.

De plus, les gouvernements devraient tenter de détourner au moins partiellement le flot de pèlerins qui se rend à la Mecque.

**Communication de 25 cas de peste bubonique guéris sur 27, traités par un sérum immunisateur.** — M. Roux rappelle la découverte du germe de la peste, faite par M. Yersin.

C'est un bacille court que l'on rencontre en grande quantité dans la pulpe des bubons, la salive des crachats, les matières fécales, dans le sang même. Ce micro-organisme se cultive facilement sur les milieux de culture ordinaires, et se colore bien par les matières à base d'aniline.

Digitized by Google

L'inoculation au rat se fait très facilement. Cet animal peut, du reste, prendre la peste par simple ingestion de cultures ou même par simple contact.

Les mouches prennent aussi le germe, et M. Yersin vit que l'injection d'une matière provenant de mouches écrasées (mortes dans son laboratoire) déterminait la peste. Ces recherches furent faites à Hong-Kong en 1894.

A son retour à Paris, il immunisa un cheval et vit que l'injection du sérum de cet animal empêchait la peste d'évoluer chez le rat.

Il partit en Indo-Chine où il établit un laboratoire; là, il immunisa des chevaux et reçut de Paris du sérum immunisé.

A Canton, l'injection de ce sérum faite sur 3 personnes de la mission Choo, atteintes de peste, amena la guérison brusque.

A Hanoï, sur 23 cas traités, il eut 21 guérisons. Les deux insuccès eurent lieu chez des malades atteints de peste depuis 5 jours.

Le sérum de M. Yersin serait donc efficace chaque fois que les accidents ne sont pas trop avancés. Les 27 cas paraissent suffire pour établir la valeur de la découverte de M. Yersin, car la peste donne 80 pour 100 de mortalité ordinairement.

**Election.** — Election d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et physiologie : 1re ligne, M. Farabeuf; 2e ligne, MM. Henocque, Poirier, Rémy, Retteer, Reynier. Elu : M. Farabeuf, par 44 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 22 janvier 1897*

**Septicémie grave, sans bacille d'Eberth et avec agglutination.** — M. Ferrand communique un fait observé par lui en collaboration avec M. Theohari, son interne, et dont l'observation résumée constitue ce point intéressant :

Il s'agit d'un malade, entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Ferrand, dans un état d'aspect typhique fortement accusé. Ce jeune homme, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, arriva dans le service le 20 octobre, souffrant depuis cinq jours d'un malaise mal défini, lequel avait débuté par un fort frisson, et avait été précédé par une piqûre assez profonde de l'index gauche.

Une température de 39°, un peu de douleur, d'adénite dans l'aisselle gauche, un fort état saburral, une grosse rate, de l'albuminurie, tels étaient, avec une certaine stupeur typhique, les symptômes présentés par le malade qui fut traité par la médication évacuante.

En présence de la persistance des accidents typhoïdes sans aggravation notable des phénomènes axillaires, le 21 octobre on pratique la séro-réaction, le sang étant recueilli au moyen d'une ventouse scarifiée ; on n'observe aucune agglutination, ni extemporanée, ni après séjour à l'étuve.

Le 22, l'adénite axillaire s'étant accusée et compliquée même d'un début très net de phlegmon dans la région sous-claviculaire, le malade passe en chirurgie et est opéré par deux incisions : l'une au niveau du cou, l'autre au niveau du grand pectoral. Il n'en sort que de la sérosité sanguinolente sans pus véritable.

Le 25 octobre, l'état général persistant dans son aspect gravement adynamique, X... est ramené dans le service de M. Ferrand, où ses plaies commencent à suppurer.

La persistance des accidents typhoïdes conduisit à renouveler l'examen du sérum, lequel donna cette fois une agglutination extemporanée très nette. De plus, l'ensemencement d'un tube de bouillon produisit le lendemain un dépôt floconneux au fond du tube, le reste du bouillon restant clair.

Le 31 octobre, en présence de la persistance des accidents, on pratiqua une injection de 1600 gr. d'eau salée à 7/1000.

Le 1er novembre, un troisième examen du sérum donna le même résultat positif que le précédent.

Le 4 novembre, le malade demeurant toujours dans le même état, on fait la ponction de la rate et le produit cultivé sur gélose est encore stérile trois jours après l'ensemencement.

Le malade meurt le 11 novembre et l'autopsie montre une grosse rate (820 gr.), une psorentérie avec congestion légère de la muqueuse de l'intestin grêle, les plaques de Peyer restant intactes ; le foie un peu gros ; les reins avec une altération graisseuse manifeste de leur substance corticale. Poumons congestionnés avec un peu de splénisation à la base droite, pas de tubercules.

L'ensemencement de la rate dans le bouillon donne du streptocoque en longues chaînettes, et, au bout de 48 heures, on constate qu'il s'agit du streptocoque pur.

Il résulte de cette observation qu'un malade atteint de septicémie grave, à streptocoques, sans bacille d'Eberth, après avoir offert d'abord une réaction négative, a présenté, dans deux examens successifs, la réaction agglomérative, telle que M. Widal l'a décrite.

« Ce résultat négatif, dit M. Ferrand, ne nous a pas empêché de maintenir notre diagnostic de septicémie grave et il nous semble que, ne pouvant adopter un autre diagnostic, en présence des résultats de l autopsie et de l'examen de la rate, nous sommes en présence d'un fait probablement exceptionnel, lequel ne saurait infirmer l'importance de la méthode conseillée par M. Widal, mais commandez une certaine réserve dans l'appréciation du déterminisme sur lequel repose cette méthode. »

M. Widal. Le fait rapporté par M. Ferrand est tout à fait exceptionnel et contraire à ce que nous savons en expérimentation et en clinique. En effet, il n'existe pas de cas expérimental où l'on ait constaté que l'infection donnée par le streptocoque puisse communiquer au sang d'un animal la réaction agglutinative vis-à-vis le bacille d'Eberth. Il semble, de plus, que le sang du malade de M. Ferrand n'ait pas été suffisamment examiné ; en effet, à

Digitized by Google

l'autopsie, il n'a pas été prélevé de sang ou de sérosité avec lesquels on aurait pu étudier l'action de ces humeurs sur les cultures de bacilles d'Eberth et vérifier les résultats obtenus pendant le vie.

**Arthrite blennorrhagique avec troubles trophiques.** — M. Jacquet présente les moulages des pieds d'un malade, atteint de sa sixième blennorrhagie. Outre une arthrite double et des déformations du cou-de-pied, on voit sur leurs surfaces plantaires des saillies cornées, comparables à des clous de tapissier, et placées aux points de pression maxima. Ces cornes, séparées par des intervalles de peau saine, et quelques-unes agglomérées en une sorte de massif montagneux, sont formées d'une saillie papillomateuse à leur intérieur, avec hypertrophie des cellules cornées de l'épiderme à la périphérie, constituant ainsi uue véritable dermite papillaire avec hyperkératose consécutive. En raison des troubles de la sensibilité des altérations des réflexes patellaires et des troubles trophiques que l'on observe chez ce malade, M. Jacquet se demande si ces lésions ne sont pas d'origine myélopathique.

**Le traitement thyroïdien dans l'idiotie myxœdémateuse.** — M. Bourneville. Il y a un an, nous avons présenté six malades atteints d'idiotie myxœdémateuse, dont l'âge variait de trente-huit mois à trois ans; nous avons appelé plus particulièrement votre attention sur les deux plus jeunes; ils n'avaient subi, à cette époque, aucun traitement. Aujourd'hui nous vous les ramenons.

Durant une première période, qui va du 18 janvier au 1er juin, puis du 1er au 31 juillet, soit cent soixante-six jours les malades prirent quotidiennement un demi-lobe (1 gramme) de thyroïde de mouton. Puis le traitement fut suspendu après une amélioration remarquable; mais, peu à peu, nous avons vu réapparaître la plupart des symptômes myxœdémateux physiques et psychiques. Aussi, nous sommes-nous empressé de recourir de nouveau à la médication thyroïdienne. Durant la seconde période de traitement, qui s'étend du 3 octobre au 31 décembre, soit quatre-vingt neuf jours, les malades prirent 1 gramme, puis 1 gr. 25 de corps thyroïde.

Voici maintenant les résultats obtenus :

La nutrition a été profondément modifiée : diminution de l'infiltration graisseuse. du volume de la langue, des lévres, des paupières; disparition de la dyspnée, de la cyanose; régularisation des garde-robes; retour de la peau à l'état presque normal; développement de la croissance. Le poids a diminué régulièrement.

La tête a profité du développement général du système osseux. Toutes les dimensions se sont accrues et les fontanelles se sont rétrécies. Enfin l'intelligence de ces enfants semble s'éveiller et ils s'intéressent davantage au monde extérieur.

**Examen du sang de sujets myxœdémateux dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre.** — M. Vaquez. Nous avons étudié les modifications que la maladie et le traitement pouvaient apporter au sang des sujets myxœdémateux, que M. Bourneville vient de vous montrer.

Tout d'abord, il est certain que le nombre des globules rouges peut varier dant d'assez fortes proportions. Sous l'influence du traitement, on voit, parfois, dans les premiers jours, le chiffre des hématies s'abaisser; puis, il se relève; mais ce relèvement n'est pas très rapide; il faut, pour le produire, que le traitement soit longtemps prolongé et il est toujours postérieur à l'augmentation de la valeur hémoglobinique.

L'abaissement du chiffre de l'hémoglobine chez les myxœdémateux, son augmentation à la suite du traitement, ont été signalés par Mendel, Lichtenstein, Massary, et nous-mêmes. Les cas que nous venons d'examiner confirment ce fait.

Il faut, de plus, signaler l'augmentation du diamètre globulaire chez les myxœdémateux; cette augmentation paraît être constante.

Nous avons eu, enfin, l'occasion de confirmer un fait sur lequel nous avions déjà attiré l'attention, à savoir, la présence de globules rouges à noyaux dans le sang de ces myxœdémateux.

Quant aux variations des globules blancs, nous n'en dirons que quelques mots. La leucocytose, constatée au début par Mendel, n'a pas été retrouvée par nous.

Disons seulement que le chiffre des leucocytes éosinophiles ne nous a pas paru présenter de modifications.

Bien que nos observations aient porté jusqu'ici sur un nombre déjà considérable de myxœdémateux, il serait téméraire d'en tirer des conclusions définitives. Nous continuerons nos recherches sur ce sujet, persuadé que l'on pourra en tirer d'intéressantes déductions au point de vue de la physiolcgie pathologique du myxœdème et de la physiologie normale du corps thyroïde.

**Action des rayons de Rœntgen sur les bactéries.** — M. Achard a étudié l'action des rayons de Rœntgen sur diverses espèces de microbes en culture. Exposées pendant 19 heures devant des tubes de Crookes, à raison de 2 heures par séance, elles se sont développées comme à l'ordinaire; leur virulence n'a pas été non plus atténuée. Il en conclut que ces rayons sont demeurés sans influence sur le développement des bactéries. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance solennelle du 27 janvier*

M. Quenu fait le compte rendu général des travaux de l'année.

M. Reclus prononce l'éloge de M. Verneuil.

En raison de l'abondance des matières, nous sommes obligés de remettre les mementos de médecine pratique au prochain numéro.

Digitized by Google

## ACTUALITÉS

### Banquet de M. H. Huchard

Hier a eu lieu le banquet offert au Dr H. Huchard par ses élèves et amis, en l'honneur de sa nomination à l'Académie de médecine. 233 convives étaient présents, parmi lesquels MM. Potain et Chauveau (de l'Institut), MM. Tarnier, Duplay, Cornil, Panas, J.-L. Championnière, Chatin, A. Robin, Budin, Weber, Javal, Pozzi, Porak, Ch. Monod, Ferrand, Blache, Blanchard (de l'Académie de médecine). MM. J. Simon, Mauriac, Josias, Nelaton, Mathieu, Gingeot, Schwartz, Bar, Rendu, Barth, Legendre, Balzer, Déjerine, Launois, Picqué, Thibierge Siredey,, Troisier, Tissier, Béclère, Hallopeau, Variot, Sevestre, Richelot, Joffroy, Labadie Lagrave, Vaquez, Hirtz, Wurtz, Gombault, Gougenheim, Maygrier, du Castel, Potherat, Rieffel, Demoulin, Giraudeau (médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux), et les docteurs Yot (de Versailles), Cesbron (de Marines), Latouche et Gillot (d'Autun), Surbled (de Corbeil), Dissandes-Lavillate (de Guéret), Masbrenier (de Melun), Linossier (de Lyon), Roché (de Toucy), Sainton (de Bar-sur-Seine), Piédallu (du Raincy), Debout (de Rouen), Blanquinque (de Laon), Fiessinger (d'Oyonnax), Ferrand (de Blois), Roland (professeur à l'école de médecine de Besançon), Roché (de Toucy), Barrette (professeur à Caen), Villard (sénateur de la Creuse), etc.

Des toasts ont été portés par MM. Potain, Barrette, Weber, Baillet, Berthod, Sainton, Roché, Potherat, Josias, Fiessinger, Rochon-Duvigneaud, Duché, Labadie-Lagrave.

Parmi les discours prononcés, nous croyons être agréable à nos lecteurs en publiant ceux de MM. Potain et Huchard et les vers de M. Labadie-Lagrave. — M. D.

#### DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR POTAIN

Messieurs,

Nous nous sommes réunis en ce fraternel banquet pour fêter l'entrée de notre ami le docteur Huchard à l'Académie de médecine. Je remercie les organisateurs de m'avoir donné occasion d'être le premier à le féliciter et à féliciter l'Académie.

Cher collègue et ami, il est vrai que les joies les plus vives nous viennent des satisfactions légitimes accordées à nos mérites. La vôtre doit être bien grande. Car, nul plus que vous, n'a acquis sa situation par l'activité, la constance, l'opiniâtreté de son labeur, et par le mérite de son œuvre.

Pieusement, vous avez commencé la vôtre en rééditant celle d'un maître vénéré et profondément affectionné. Auprès d'Axenfeld vous aviez trouvé, avec de précieux enseignements, un haut exemple de dignité médicale et d'attachement au devoir. Ce souvenir ne vous a jamais abandonné. Vous en avez fait la règle de votre vie. Trop d'empressement même à imiter auprès du malade l'abnégation et le zèle du maître faillit vous coûter la vie ou compromettre votre existence entière. Cela n'a nullement ralenti votre ardeur, et toujours on vous a retrouvé, alors même que l'état de votre santé eût dû vous imposer le repos, vous oubliant encore pour ne songer qu'au devoir et aux souffrances d'autrui.

En rééditant le Traité des Névroses, vous l'avez si considérablement amplifié de vos notes, que cette œuvre devenue vôtre commença d'asseoir une réputation qui, si justement depuis, n'a fait que grandir et s'accroître.

Vos travaux ont été si nombreux, si abondants, qu'à essayer seulement d'en esquisser l'indication, je retarderais sans mesure la hâte que chacun a ici de vous féliciter à son tour.

Il n'est, pour ainsi dire, pas de sujet en médecine que vous n'ayez touché, où vous ne vous soyez efforcé d'apporter quelque lumière. Et votre œuvre pleine de faits et d'une science inépuisable, a fait de vous une autorité que partout on cite.

Les maladies du système vasculaire vous doivent un monument qui n'a point d'égal. Et ce que vous nous avez appris sur l'action de toute une série de médicaments, compte parmi les acquisitions les plus précieuses de la science et vous a fait une place nécessaire dans la section de l'Académie où vous venez d'entrer.

N'ayant pas moins de zèle pour la diffusion que pour l'avancement de la science, vous vous êtes dès longtemps attaché à l'enseignement clinique. Vous y avez porté un zèle infiniment louable et donné tout votre talent. Et il me plaît d'ajouter que de votre initiative est partie la mesure libérale et hautement utile qui, dans ces derniers temps, a si heureusement transformé notre stage hospitalier.

Etendant en quelque sorte cet enseignement incessant par delà le cercle de ceux qui vous entourent, vous avez voulu porter au loin la bonne parole, et vous l'avez fait dans votre journal dont le grand succès a été si bien justifié par les soins que vous lui donniez, par l'intérêt et l'ingéniosité des modes de publications que vous y avez introduits.

Ne voilà-t-il pas une œuvre véritablement énorme ? Et ce bagage pouvait-il manquer de vous faire ouvrir très grandes les portes de l'Académie? Par la brillante majorité qu'elle vous a donnée, l'Académie a montré à quel point elle l'appréciait. Et aujourd'hui elle est certes heureuse de vous posséder. Car votre ardeur n'est point éteinte, ni votre zèle épuisé, et ils promettent beaucoup à la science si vos forces ne vous trahissent pas.

Je bois donc au souvenir de vos succès passés, à vos œuvres futures; je bois à votre santé; je bois à la santé de ceux qui vous sont chers et que je vous demande la permission de comprendre dans nos souhaits de bonheur.

Digitized by Google

*M. le Dr Labadie-Lagrave dit les vers suivants :*

Après ces beaux discours, je serais audacieux,
Devant un tel cénacle, en prenant la parole.
Je vais donc emprunter à la langue des dieux,
Au mépris de l'Olympe et de son protocole,
Mon petit boniment en vers alexandrins
Pour chanter, à mon tour, le héros de la fête
Et le nouvel élu des Académiciens !
Ton triomphe est immense et je fus bon prophète
En t'annonçant un soir, en ton castel Clamart,
Que tu remporterais sûrement la victoire.
Mais d'autres, mieux que moi, célébreront Huchard.
C'est à des immortels qu'incombe cette gloire !
Moi, je veux simplement chanter le compagnon,
Le copain d'internat, et la salle de garde
De l'an soixante-dix où Delbarre et Solmon,
Bassereau, Teinturier, pauvres morts que Dieu garde !
Où Taurin, Richelot, Sevestre, Humbert, Joffroy
Vivaient à nos côtés, à Lariboisière,
Le baron Frédéric, le chat Raoul et toi,
Hallopeau, Lepiez, Lagrange, Championnière,
Tous joyeux du présent, confiants dans l'avenir
Nous couronnions de fleurs l'amour et la jeunesse.
Ah ! c'était le beau temps ! tu dois t'en souvenir.
Moi, je n'y puis songer sans regrets ni tristesse !
Car nous vivions heureux, contents de notre sort,
Nous potassions alors ensemble les cardites
Ou nous jouions au whist avec ou sans le mort,
Certains de nos amis faisaient des réussites.
Ferdinand, le grand peintre, et non pas le noceur,
Représentait Gaston sous les traits de Vésale,
Vrai tableau de Rembrandt, son digne précurseur,
Qui pare l'atelier de la place Pigalle.
Oui, c'était le beau temps où nous étions heureux !
Nos repas servis par la bonne Joséphine
Certes ne valaient pas ce festin délicieux
Dont Cubat aujourd'hui prépara la cuisine ;
A défaut de reliefs, de perdreaux, d'ortolans,
Nous avions le rata, l'appétit de vingt ans !
Mais dans notre ciel bleu vint gronder la tempête
Et la guerre éclata ! Quels noirs et sombres jours !
Quel cruels souvenirs ! Chacun paya sa dette
A la Mère-Patrie, aux griffes des vautours !
Et tous au champ d'honneur nous suivîmes tes traces.
Tu nous avais déjà montré le grand chemin
De l'héroïsme antique et des nobles audaces ;
Victime du devoir, tu fis plus que le tien !

***

Mais pourquoi rappeler cette lugubre histoire
Telle, en ce gai festin, l'ombre du commandeur ?
Il nous faut maintenant rire, chanter et boire,
Je lève donc mon verre, Huchard, en ton honneur !
Mais je croirais manquer à l'amitié fidèle
Si je n'ajoutais pas à mon toast cordial
Mon tribut de respect à l'épouse modèle
Qui reçut, à Nogent, son anneau nuptial
Devant le précurseur de la grande alliance,
Axenfeld, professeur de notre Faculté,
Ce fils de la Crimée, adopté par la France.
Honneur au maître illustre, à jamais regretté !
Je suis heureux ici d'évoquer sa mémoire.
Il nous aima tous deux, Henri, tu le sais bien ;
Comme il le fit jadis pour préparer ta gloire,
Il voudrait aujourd'hui te tendre encor la main,
Comme sa protection nous couvrit de son aile
Sa grande ombre doit donc planer sur ce repas.
Pareils à son ami, qui le prit pour modèle,
Imitons son exemple et marchons sur ses pas
En vénérant toujours sa mémoire immortelle !
« *Et nunc est bibendum, nunc pulsanda tellus !* »
Buvons à notre Henri, buvons à sa compagne,
A ses enfants chéris, aux futurs Marcellus !
Vidons en leur honneur nos coupes de Champagne !

DISCOURS DE M. H. HUCHARD

Votre bienveillante amitié vient de se traduire par un trop grand éloge que vous m'encouragez à mieux mériter dans l'avenir. Je vous remercie de l'éloge. Du fond du cœur, je vous remercie de l'amitié.

J'accepte l'éloge, parce que je le reporte presque tout entier sur mes maîtres. Ils m'ont facilité, je ne puis l'oublier, la tâche de ma vie professionnelle et scientifique dont vous venez de saluer si amicalement la douce et dernière récompense à l'Académie de médecine. Aussi, mes premières paroles de profonde gratitude sont-elles pour ces maîtres respectés et aimés, pour les absents et les disparus, pour ceux qui me font le grand honneur d'assister aujourd'hui à ce banquet.

Lorsque, précédé d'une chaude lettre de recommandation, il y a plus de trente ans de cela (mais, si les années m'en éloignent, le souvenir, le doux souvenir m'en rapproche tous les jours) je vis pour la première fois le professeur Axenfeld, je fus reçu par lui avec une extrême bienveillance, et jusqu'au jour de sa mort survenue trop tôt, ce maître vénéré qui a été, comme on l'a dit, « l'honneur de la Faculté et à qui il n'a manqué que de vivre pour en devenir la gloire », est resté mon fidèle et constant soutien. Quand il se sentit atteint par un mal implacable qu'il subit pendant des années avec un stoïque silence, il chargea son humble élève du périlleux honneur de faire une seconde édition de son remarquable Traité des névroses ; et quoique mal préparé pour l'œuvre, j'obtempérai à ce désir, comme on accomplit un devoir filial.

Je salue sa mémoire avec les sentiments de la reconnaissance la plus émue.

Axenfeld ne mourut pas tout entier pour moi, puisqu'il a laissé après lui, deux amis, les professeurs Potain et Guyon qui ont été les généreux soutiens de ma vie professionnelle.

Vous, mon cher et vénéré maître, M. Potain, vous avez remplacé, — sans doute obéissant à un pieux souvenir d'amitié, — vous avez remplacé près de moi le maître disparu ; et quand en 1893, je vous ai dédié mon livre sur les maladies du cœur, comme « le faible hommage d'une

Digitized by Google

reconnaissance qui ne pourra jamais être acquittée », j'ai exprimé ma pensée intime et vraie. Vous avez épuisé pour moi, à travers les difficultés de la vie, pendant la maladie, dans les bons et les mauvais jours, vous avez épuisé toutes les ressources d'une bonté infinie; et moi, j'ai voulu épuiser, sans jamais y parvenir, toutes les preuves de ma profonde et indicible reconnaissance. Je n'ai plus qu'un mot, éloquent dans sa simplicité : merci.

Merci pour moi et pour les miens, merci pour nous tous ici, car tous nous sentons que celui qui préside, représente, dans ce qu'il a de plus sacré, dans ce qu'il a de plus pur : l'honneur médical.

Par un juste retour des choses humaines, mes élèves me rendent ce que j'ai reçu de mes maîtres; et vous les avez entendus m'adresser, avec leurs remerciements, l'expression d'une vive affection que je veux toujours mériter, et dont je me sens à la fois heureux et fier. Merci à vous, mon cher Barrette, mon premier interne, qui avez été porter avec tant de distinction, la bonne parole chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen; à vous, mon cher Weber qui, à l'hôpital Bichat, avez été pour moi un précieux collaborateur, et qui recevrez bientôt, je veux l'espérer, au concours du bureau central, la récompense méritée de votre travail persévérant; à vous, mon cher Baillet, interne de cette année, et qui laisserez, comme vos aînés, dans mon cœur, le meilleur, le plus durable des souvenirs.

Merci à vous, mon cher collègue et compatriote, Potherat, aux membres de la Société médico-chirurgicale qui m'ont décerné naguère le titre si enviable de président d'honneur, ce qui m'impose le devoir bien doux d'assister désormais à vos séances, avec une nouvelle régularité; à vous, mon cher collègue et ami Josias qui avez parlé au nom de la Société de thérapeutique. J'ai reçu d'elle plus que je lui ai donné, puisqu'elle a contribué à m'ouvrir les portes de l'Académie, et je ne voudrai jamais l'oublier, parceque la thérapeutique est le seul but, la raison d'être de la médecine.

Troyen par droit de naissance, Auxerrois par droit de conquête, j'ai donc un pied sur la Champagne, l'autre sur la Bourgogne, et le même cœur pour les deux ; et comme le bon vin qu'elles produisent, mon amitié pour elles s'améliore et grandit en vieillissant. Aussi, suis-je heureux de dire à mes chers compatriotes représentés par MM. Sainton (de Bar-sur-Seine), et Roché (de Toucy), combien je leur suis profondément attaché, et combien je les remercie de leurs paroles flatteuses et aimables.

Merci, mille fois merci, mon cher Duvigneaud, de votre délicat et gracieux hommage. Il devait venir de vous qui appartenez maintenant à une charmante famille où l'on porte haut le culte de l'honneur et de l'amitié, famille à laquelle nous lient des souvenirs impérissables ; de vous encore qui nous avez donné naguère la mesure de votre dévouement, et d'une science acquise à la grande école d'un de nos maîtres les plus respectés et aimés, de votre maître, M. le professeur Panas.

Lorsque le Syndicat des médecins de la Seine, aujourd'hui si prospère, fut fondé, j'en ai été, en effet, l'un des premiers adhérents, et peut-être le premier soutien dans la presse médicale. En m'en remerciant, on renverse les rôles. Car, c'est nous, au contraire, qui devons adresser nos plus chaleureux remerciements à M. le Dr Le Baron, président d'honneur et fondateur de ce Syndicat et à M. Berthod, son président actuel, puisqu'ils ont si bien accompli les devoirs, devenus plus impérieux que jamais, de la solidarité professionnelle. Vous êtes les architectes, et nous de simples passants qui ne faisons que regarder, comprendre et approuver.

Vous me félicitez de n'avoir jamais abandonné la cause des modestes praticiens de la ville et de la campagne. Or, ceci est simplement affaire de développement de la circonvolution cérébrale du souvenir.

Je me souviens du brave médecin de campagne qui a commencé mon éducation médicale, qui même a été mon premier maître, du Dr Chertier (de Nogent-sur-Seine) et auquel j envoie l'expression de ma vive reconnaissance. Je le vois encore, récoltant parfois en ingratitude ce qu'il avait semé en dévouement, marchant par tous les temps, par tous les vents, par tous les chemins, pour une rémunération souvent dérisoire, et n'ayant même pas droit au repos de la nuit.

On demande au médecin de campagne de payer les frais du dévouement que prêchent souvent les rhéteurs de philosophie humanitaire, très généreux en paroles. Le médecin donne son dévouement (avec les frais) sans compter, presque sans se plaindre, et sans trop faire remarquer que la loi de l'assistance médicale gratuite, pour être juste et tutélaire, doit protéger à la fois les malades pauvres, et les pauvres médecins. Mais, enfin, on leur fait beaucoup d'honneur, puisque ce sont les praticiens que l'on charge de l'accomplissement des œuvres de charité.

Voilà un sujet — le médecin de campagne — qu'il faudrait soumettre aux méditations — s'ils méditent quelquefois — des faiseurs de romans, de comédies ou d'articles retentissants de journaux ! Mais les Berquin et les Bernardin de Saint-Pierre ont vécu, et par les temps où nous sommes, ce n'est plus la vertu qui sert de thème aux déclamations.

Et quand nous voyons ce praticien — « la personnification la plus complète, la plus élevée de l'art médical », comme Axenfeld le proclamait en 1868 à l'ouverture de son cours à la Faculté — quand, après un rude labeur de la journée, nous le voyons, comme Alison (de Baccarat), Fabre (de Commentry), Liégeois (de Bainville-aux-Saules) et bien d'autres, comme vous, mon cher Fiessinger, se mettre encore à l'œuvre pour étudier et apprendre, nous

Digitized by Google

disons que ce praticien a bien mérité de la profession et de la science.

En écrivant « la thérapeutique des vieux maîtres », œuvre de patiente érudition et de philosophie médicale, vous avez compris que l'homme, aussi bien au point de vue scientifique que littéraire ou artistique, ne crée pas, mais qu'il se souvient ; et que rattacher, comme vous l'avez fait, le présent au chaînon un instant brisé du passé, c'est souvent éclairer ce présent et préparer l'avenir. C'est vous, si je m'en souviens, qui avez écrit quelque part : « L'originalité se développe à la campagne, mieux qu'en ville. Parce qu'il pense seul, l'homme est obligé de penser par soi. »

« L'homme fort est l'homme seul », a dit Ibsen ; et c'est pour cela qu'on trouve de grands découvreurs parmi les médecins des petites villes et des campagnes : d'Espine (d'Aix) qui trouve la métallothérapie et les phénomènes de transfert ; Jean Hameau (de la Teste) dont l'œuvre exhumée sur les virus révèle un précurseur de Pasteur ; Bretonneau qui a exercé dix ans à Chenonceaux avant d'être à Tours, et bien d'autres encore qui nous ont appris les lois de la contagion, nécessairement mal connues dans les villes. De sorte que, si nous vous avons appris quelque chose, nous vous répondons que notre science, pour être complète, doit puiser aux sources de la vôtre. Je vous retourne donc le compliment, ce qui me permet de lever mon verre en l'honneur des praticiens.

Ma muse est trop récalcitrante, mon cher Lagrave, mon vieux frère en amitié, et j'aime mieux te répondre en méchante prose.

D'abord, en me rappelant un souvenir de ma première année d'internat dans le service de Parrot, à l'hospice des Enfants Assistés, tu me permets de rendre un public hommage de reconnaissance à mon regretté maître Broca, à mes chers collègues d'alors si dévoués à mon chevet, et à vous, mon cher M. Galezowski, qui m'avez donné des soins inoubliables.

Mais, quelle charmante idée d'avoir évoqué le souvenir de cette bonne salle de garde de 1870-1871, où, pendant la sombre année, nous étions tous unis par la plus vive, par la plus étroite cordialité ! Ils sont tous là, ou presque tous — au moins ceux de Paris — les vieux compagnons de la salle de garde, et c'est ainsi qu'ils sont venus fêter les noces d'argent de la vieille amitié : *Lucas-Championnière* (junior), le « petit Lucas », comme nous l'appelions en termes affectueux, et qui déjà s'exerçait dans l'art difficile d'intéresser les lecteurs d'un excellent journal ; *Joffroy*, charmant collègue, peu expert — et pour cause — à nous dévoiler les secrets du plan Trochu qu'il voulait pénétrer, et qui, de médiocre général, est devenu, comme nous le lui avions prédit en l'appelant le « professeur Joffroy », un des maîtres les plus écoutés de l'Ecole ; *Hallopeau*, un nom prédestiné, qui devait finir et bien finir par l'étude des maladies dont il porte si dignement et si aimablement le nom ; *Sevestre*, notre sérieux économe, lui, un prodigue, quand il s'agit d'amitié ; *Richelot*,... Mais, je m'arrête ; il sera demain de l'Académie, et j'ai sur lui, par le hasard du temps, une supériorité, la seule, qu'il ne pourra jamais m'enlever : c'est que je voterai des deux mains, avec tout mon cœur, pour ce vieil ami, ce qu'il n'a pas pu faire pour moi. J'allais oublier *Dissandes de Lavillatte*, l'enfant de la Creuse, que nous avions nommé à l'unanimité, sans concours, interne provisoire, spécialement attaché à Lariboisière, et qui est devenu si aimablement permanent dans son empressement à nous être agréable et à nous suppléer dans nos gardes.

L'un de nous, le brave *Le Piez*, aujourd'hui à Biarritz, entre un jour dans ma chambre, une enveloppe à la main. « Tiens, me dit-il, voici mes papiers, ce sont mes recommandations dernières dans le cas où il m'arriverait malheur. Je n'y tiens plus, je pars à l'armée, et je te fais mes adieux. » — « Que ne puis-je faire comme toi ! Allons, pars, vieux camarade, pars... et reviens. » Je l'embrassai, il partit, et il nous revint avec le cordon rouge bravement conquis sur le champ de bataille.

Après la guerre maudite, un de nos collègues que nous n'avions pas vu pendant le siège de Paris, parce qu'il s'était engagé de bonne heure dans les ambulances de l'armée de Metz, revint vers nous à la salle de garde. Je le vois encore, parlant peu, soucieux et préoccupé, lui d'ordinaire si communicatif et si vif d'allures. C'est parce qu'il avait vu, plus près que nous, les ruines accumulées.... Quelques jours après son arrivée, paraissait sa nomination dans la Légion d'honneur, et nous apprenions — non pas par lui — que le soldat-médecin avait sauvé, au péril de ses jours, tout un grand convoi de vivres et de munitions, menacé de tomber au pouvoir des Prussiens !

N'est-ce pas, mon cher *Lagrave*, mon vieux Frédéric, n'est-ce pas, que depuis plus de vingt-cinq ans, ce petit cordon rouge que je vois à ta boutonnière, demanderait à être quelque peu arrondi ? Sans doute, tu ne le demanderas jamais ; mais nous le demandons pour toi, et nous serons si heureux de te « banqueter » ce jour-là !

Oh ! les charmants amis ! la bonne salle de garde !

L'Académie de médecine, en m'ouvrant largement ses portes, m'a décerné un honneur dont je suis fier et dont je tiens à la remercier bien sincèrement.

Comment ne pas éprouver ce sentiment de fierté — qui n'est pas la vanité — lorsqu'on se trouve avoir pour collègues des hommes qui honorent si grandement la science : l'un d'eux, — mon cher et vénéré maître, M. Tarnier, qui avez acquis au foyer familial une si reconnaissante et respectueuse amitié — dont on dira, dont on a déjà dit qu'il a eu la gloire de faire de la fièvre puerpérale une maladie historique ; un vaillant chirurgien, Lister français, qui, à l'exemple de mon regretté maître A. Guérin, un précurseur, a contribué aussi à presque rayer du cadre nosologique l'infection purulente des blessés, la

Digitized by Google

pourriture d'hôpital, et autres malpropretés semblables; le professeur de clinique chirurgicale qui demande par de patientes et longues études, au cancer de lui livrer ses secrets ; un physiologiste thérapeute — s'inspirant de la parole de notre grand Claude Bernard qui a dit que «l'expérience est une observation provoquée », et aussi de l'exemple d'un de mes regrettés maîtres, de Vulpian, — dont on dira qu'il est le bienfaiteur de l'humanité, non pas souffrante, mais expirante, puisque par sa découverte des tractions rythmées de la langue, il ramène à la vie les morts, ou tout au moins les mourants ; le vénérable apôtre de la protection de l'enfance qui, par sa loi, a conservé des milliers d'existences ; le savant disciple de notre Pasteur, de ce maître des maîtres, qui, par son sérum antidiphtérique, a mérité le reconnant amour de tant de mères; le maître de la médecine vétérinaire, — mon illustre compatriote de l'Yonne, par droit de naissance — que la physiologie et la médecine se disputent; le chef vénéré de la clinique médicale de notre pays, le maître de l'anatomie pathologique, le maître de la pathologie des voies urinaires, le professeur de pathologie générale, celui qui tient si fièrement le drapeau de l'ophtalmologie, les maîtres de la chimie moderne, et tant d'autres (car il faudrait tous les nommer!) qui portent si haut et si loin le beau renom de la médecine française !

Quand on obtient de siéger à côté de tous ces maîtres dont la science rejaillit un peu sur vous, comment se défendre, encore une fois, d'un sentiment de légitime fierté?

Mais, avant d'atteindre le but, on a pu rencontrer sur sa route, quelques entraves, quelques « inimitiés passagères » auxquelles l'un de vous a fait allusion et que j'ai eues rarement pour ma part. Du reste, ne nous en plaignons pas ; car c'est la résistance qui règle le mouvement. Ces quelques hostilités sont utiles, elles sont nécessaires, indispensables à l'action humaine : elles réveillent les ardeurs endormies, elles entretiennent la flamme... et puis, elles permettent de savourer plus délicieusement encore, comme aujourd'hui, les vraies, les solides et les vibrantes amitiés !

Permettez-moi de terminer par ces mots :

Là-bas, aux confins des départements de l'Aube et de l'Yonne, dans le petit pays où je suis né, se trouvent deux braves vieillards que vous, mes nouveaux collègues de l'Académie, vous avez rendus bien contents, bien heureux. Je leur ai dit de déboucher ce soir une vieille bouteille, toute poudreuse, de bon vin de Bourgogne, et déjà ils ont dû choquer leurs verres. Je lève le mien pour les longs et heureux jours de mon père et de ma mère!

Et je le lève une seconde fois :

A la reconnaissance pour nos maîtres !

A l'amitié!

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité des maladies de l'enfance**, publié sous la direction de MM. J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris; J. Comby et A.-B. Marfan, médecins des hôpitaux. T. I. Paris. Masson, 1897.

La littérature médicale s'est enrichie dans ces dernières années de grands traités, destinés à exposer en un seul ouvrage l'ensemble de nos connaissances avec leurs progrès les plus récents.

Seule la pédiatrie n'était représentée que par des manuels, quelques-uns excellents, mais forcément incomplets et ne répondant plus à l'état de la science; car, comme le dit M. Grancher, dans la préface d'un style si clair qui fait rechercher ses moindres écrits, « ces dix dernières années ont tout transformé dans les chapitres si vivants et si importants de l'étiologie, de la contagion et de la prophylaxie des maladies transmissibles. De même la thérapeutique des maladies des enfants s'est enrichie de tous les progrès réalisés en pathologie de l'adulte et elle s'est appliquée la première cette magnifique découverte de la sérothérapie antidiphtérique. Ainsi des horizons nouveaux se sont ouverts dans une direction nouvelle, exigeant le remaniement des anciens cadres de la pathologie. »

C'est pourquoi ce traité, publié sous la direction d'hommes qui se sont voués à l'étude des affections du jeune âge, sera bien accueilli du public médical. L'ouvrage, divisé en 5 volumes, comprendra l'étude de la médecine, de la chirurgie et de certaines spécialités de l'enfance, et comptera parmi ses collaborateurs, non seulement les auteurs français spécialisés dans la pédiatrie, mais encore des médecins recommandables par leurs travaux spéciaux sur certaines questions ayant trait aux maladies de l'enfance.

Le premier volume comprend, entre autres chapitres intéressants, la physiologie et l'hygiène de l'enfance, l'étude de la rougeole, de la variole, de la varicelle, des oreillons, de la coqueluche, de la fièvre éphémère, de la fièvre ganglionnaire, par M. Comby; des considérations thérapeutiques sur les maladies de l'enfance, avec une excellente table de posologie infantile, la fièvre typhoïde. le rhumatisme articulaire, par M. Marfan, la scarlatine, par M. Moizard; la grippe, par M. Gillet; la malaria, par M. Luigi Concetti (de Rome); les infections septiques du fœtus, du nourrisson et du nouveau-né, par M. R. Fisch (de Prague); la syphilis, par M. Gastou; la tuberculose et la scrofule, par M. Aviragnet, enfin un chapitre tout à fait hors de pair sur la diphtérie, par M. Sevestre et par M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur, qui constitue ce qui a été écrit de plus parfait et de plus complet sur cette importante question.

Ce traité didactique des maladie de l'enfance ne convient pas seulement aux étudiants déjà avancés dans leurs études; le praticien, désireux de s'instruire, y trouvera les progrès réalisés par la science sur des sujets redevenus, on peut le dire, entièrement neufs, grâce aux découvertes modernes et qu'aucun médecin ne doit ignorer. — H. Marciguey.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS — IMP. CH. SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MEDICALE

## Le traitement des crises paroxystiques de l'hyperchlorhydrie et des diverses formes cliniques de l'hyperchlorhydrie. (1)

Par M. Mathieu, *médecin des hôpitaux.*

Je regrette que M. Bardet, dans la très intéressante communication qu'il a faite à la dernière séance de la Société de thérapeutique sur le traitement des crises paroxystiques de l'hyperchlorhydrie, ait négligé de dire quelle technique il a suivie dans l'examen du chimisme de ses malades, et même d'indiquer si l'analyse a été faite dans tous les cas, si elle a porté sur des matières vomies ou sur des liquides extraits de l'estomac au cours de la digestion, après un repas d'épreuve. Cela laisse planer un certain doute sur la nature exacte des faits sur lesquels il appuie son diagnostic et son traitement.

Mais laissons de côté cette critique; il importe peu, en somme, que, dans l'un ou l'autre des faits rapportés par M. Bardet, la démonstration régulière de l'hyperchlorhydrie n'ait pas été faite. M. Bardet voulait démontrer que, dans certains cas de paroxysmes de dyspepsie hyperchlorhydrique, on pouvait attendre la fin de la crise, beaucoup plus facilement et beaucoup plus rapidement, en se contentant de donner un régime alimentaire fort et simple et une petite dose d'alcalins, qu'en faisant une médication active et en gorgeant les malades de bicarbonate de soude, d'opiacés, de bromures.

Je suis sur ce point parfaitement d accord avec lui. J'ai pensé, toutefois, qu'il était à craindre que les médecins en lisant sa communication ne se figurent qu'il en est toujours ainsi et que le régime alimentaire qu'il emploie suffira toujours pour amener la guérison des paroxysmes dyspeptiques au cours desquels l'analyse chimique permet de déceler l'existence d'une sécrétion chlorhydrique exagérée. S'ils se faisaient cette idée simpliste des paroxysmes douloureux de l'hyperchlorhydrie, certains de leurs malades paieraient certainement cette illusion par une prolongation, sinon par une exacerbation inutile de leurs douleurs.

Quels sont donc les cas dans lesquels le traitement presque exclusivement hygiénique, proposé par M. Bardet, peut suffire pour amener le plus rapidement possible la fin d'une crise douloureuse, ou pour rompre la série de paroxysmes subintrants spontanés ou entretenus par un régime ou une thérapeutique mal inspirés?

Pour cela, le plus simple est de dire quelles sont les principales formes cliniques de l'hyperchlorhydrie, d'en tracer le tableau synoptique, et de montrer quelles indications résultent de la connaissance de leur évolution naturelle et de leur physiologie pathologique.

On pourrait rechercher ensuite dans quelle catégorie viennent se ranger les faits cités ici par M. Bardet et les observations analogues.

Dans l'étude sommaire qui va suivre, il me serait impossible d'épuiser la question ; je me contenterai de fournir les indications essentielles pour la classification nosologique et pour le traitement correspondant à chaque variété clinique.

L'hyperchlorhydrie n'est pas une maladie définie. C'est un symptôme qui peut se rencontrer dans des conditions différentes. Elle ne réclame pas, dans tous les cas, un traitement uniforme toujours identique. *La seule indication thérapeutique commune est qu'il y a, dans tous les cas, un pouvoir de sécrétion chlorhydrique exagéré; il convient donc d'éviter tout ce qui peut exciter encore cette sécrétion et de chercher le mieux possible à la calmer, à la restreindre. Dans le traitement, le régime alimentaire a plus d'importance encore que la médication.*

Si l'on n'envisage que le point de vue chimique, il n'y a qu'une hyperchlorhydrie avec des degrés plus ou moins accentués d'acidité chlorhydrique. Si l'on tient compte de l'ensemble clinique dans lequel figure le symptôme hyperchlorhydrie, des conditions dans lesquelles elle se produit ou disparaît, on doit reconnaître qu'il y a des *hyperchlorhydriques.*

Les hyperchlorhydriques peuvent être répartis dans les types cliniques suivants :

*a*) Hyperchlorhydrie latente ;

*b*) Crises gastriques d'origine névropathique, avec hyperchlorhydrie ;

*c*) Hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes douloureux éloignés ;

*d*) Hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens provoqués par l'ingestion des aliments ou la faim ;

*e*) Hyperchlorhydrie continue avec stase (maladie de Reichmann) ;

*f*) Hyperchlorhydrie compliquée d'ulcère rond ;

*g*) Hyperchlorhydrie compliquée de sténose mécanique du pylore.

*Hyperchlorhydrie latente.* — Elle est loin d'être rare, si j'en juge par mes observations personnelles. J'ai eu l'occasion d'examiner le chimisme gastrique de six personnes bien portantes, pour des recherches scientifiques sur la digestion stomacale.

Quatre de ces sujets avaient acidité chlorhydrique notablement supérieure à la moyenne.

Un seul d'entre eux avait autrefois souffert de l'estomac, bien que d'une façon tout à fait modérée. D'autres auteurs ont cité des faits analogues. Il est donc bien établi qu'on peut être un hyperchlorhydrique sans le savoir, sans souffrir de l'estomac, en jouissant d'une santé parfaite.

L'hyperchlorhydrie est-elle même une maladie dans ces conditions? Pourquoi reprocher si amèrement à l'estomac

(1) Quoique cette question ait déjà été traitée par M. Huchard, à deux reprises différentes (*Soc. de thérap.* et *Journal des Praticiens*, 1893), nous croyons de reproduire, dans l'intérêt de nos lecteurs, la récente et remarquable communication de M. Mathieu. — N. D. L. R.

Digitized by Google

de jouir d'un pouvoir chlorhydro-peptique qui dépasse la moyenne? De quel droit, lorsqu'on découvre des faits de ce genre, déclare-t-on que ces sujets pourvus d'un estomac si actif sont des malades? Qu'est ce qui prouve qu'ils doivent jamais être des malades? De quel droit, lorsqu'on rencontre une hyperchlorhydrie tout à fait latente chez des neurasthéniques, attribue-t-on l'état névropathique à la viciation apparente du chimisme stomacal?

Mais passons. L'hyperchlorhydrie latente va nous permettre de comprendre la nature réelle des crises gastriques névropathiques avec hyperchlorhydrie.

*Crises gastriques d'origine névropathique avec hyperchlorhydrie.* — Les crises gastriques de la phase préataxique du tabes en sont le prototype : elles sont maintenant bien continues. Elles sont caractérisées, le plus souvent, par des douleurs très intenses, par l'hypersécration stomacale et des vomissements.

Suivant que les malades sont hyper ou hypochlorhydriques, les matières vomies ont, au point de vue du chimisme stomacal, des qualités opposées.

Chez les malades, hyperchlorhydriques auparavant, l'hypersécrétion est-elle même hyperchlorhydrique.

Le fait important ici, ce n'est pas l'hypersécrétion chlorhydrique, mais la crise gastrique elle-même.

Des crises analogues peuvent se rencontrer chez les paralytiques généraux et chez de simples névropathes, neurasthéniques, hystériques, migraineux. On les voit parfois se produire chez des malades atteints de rein mobile. On pourrait aussi, d'après M. Soupault, incriminer quelquefois le paludisme, qui a, comme on le sait, une action pathogène si marquée sur le système nerveux.

Dans ces crises gastriques, avec hyperchlorhydrie, ce serait faire fausse route que de vouloir s'attaquer exclusivement et directement à l'hyperchlorhydrie.

Dans les crises intenses des ataxiques, il n'y a qu'un remède qui les soulage réellement, ce sont les injections hypodermiques de morphine. Pour des crises névropathiques moins intenses, il peut suffire du repos avec une alimentation peu irritante. Il n'est pas démontré que l'on puisser enrayer la plupart de ces crises : il faut les laisser évoluer sans employer un traitement inutilement trop agressif.

*Hyperchlorydrie discontinue à paroxysmes douloureux éloignés.* — Sous l'influence de chagrins, de fatigues, d'excès alimentaires, des malades d'hyperchlorhydrie latente ou peu marquée peuvent présenter des paroxysmes douloureux plus intenses, quelquefois avec vomissements. Chez les névropathes, l'aspect peut être très analogue à celui des crises gastriques avec hyperchlorhydrie. Le repos, une alimentation peu irritante, bien choisie, quelques calmants anodins, peuvent suffire pour que tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours.

La période d'excitation passée, il peut même se faire que l'hyperchlorhydrie fasse place à l'hypochlorhydrie.

Une autre possibilité, c'est que l'hypersécrétion continue succède à l'hypersécrétion intermittente.

*Hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens.* — Ici, la sécrétion exagérée de l'HCl se produit chaque jour sous l'influence des repas, surtout des repas les plus copieux, le second déjeuner, le dîner. La douleur se montre trois, quatre ou cinq heures après l'ingestion des aliments, lorsque l'HCl, sécrété en excès, n'est plus ni dilué ni saturé par les aliments et les liquides introduits dans l'estomac; parfois, il survient des vomissements qui mettent fin à la crise.

Dans ces conditions, il convient d'éliminer de l'alimentation tous les éléments d'irritation physique ou chimique : c est l'indication primordiale commune à tous les cas d'hypersécrétion chlorhydrique. Cela suffit, dans bien des cas, pour faire disparaître les paroxysmes douloureux, mais cela ne suffit pas toujours. Il est nécessaire alors de donner des alcalins à dose suffisante pour calmer la douleur, il est inutile de dépasser cette mesure. La muqueuse stomacale hyperesthésiée vis-à-vis de l'HCl, soit en vertu de la gastrite, soit en vertu de la névropathie du sujet, est le meilleur des réactifs dans ces conditions. Il importe aussi de donner des alcalins au moment où la douleur commence à se faire sentir; j'ai coutume de dire au malade : vous prendrez de la poudre alcaline à dose suffisante, pour ne pas souffrir lorsque vous sentirez que votre douleur va suivre. Cette recommandation me paraît avoir une importance très grande, capitale.

Parfois, chez certains névropathes, cela ne suffit pas et il faut avoir recours aux calmants directs de la douleur : opium, morphine, cocaïne, cannabis indica, etc. Autant que possible, je me contente de moyens tout à fait inoffensifs, tels que les applications chaudes, les bains chauds, les douches chaudes.

*Hypersécrétion continue avec stase.* — C'est l'état morbide décrit par Reichmann. On a cru, tout d'abord, que l'hypersécrétion était toujours le fait primitif, le maître symptôme dominant le complexus symptomatique. Elle amenait secendairement l'atonie de l'estomac et la stase. Actuellement, on tend à croire que l'hyperacidité provoque l'occlusion spasmodique du pylore et la stase consécutive des liquides dans l'estomac.

Or, on a pu se demander récemment si l'hypersécrétion primitive existe réellement.

Les faits observés par Rosenheim, par Boas et par moi-même ont prouvé qu'en faisant cesser la stase on supprime du même coup l'hypersécrétion; cela se voit surtout nettement après la gastro-entérostomie.

L'hypersécrétion primitive est certainement plus rare qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et, très souvent, quand le syndrome de Reichmann existe, il y a un rétrécissement organique du pylore.

L'hypersécrétion continue avec stase par spasme du pylore et insuffisance motrice de l'estomac, en l'absence d'une sténose mécanique du pylore, sera combattue par

Digitized by Google

des moyens semblables à ceux qui ont été indiqués contre l'hypersécrétion simple à paroxysmes quotidiens.

*Hyperchlorhydrie avec rétrécissement mécanique du pylore.* — Le rétrécissement est dû, le plus souvent, à un ulcère non encore cicatrisé ou à la cicatrice d'un ancien ulcère; il amène farcément une stase d'autant plus marquée que la sténose du pylore est plus complète.

La stase est souvent incomplète; l'estomac se vide par regorgement; mais il reste toujours dans son bas-fond prépylorique un résidu dont il ne se débarrasse jamais complètement, et dans lequel se produisent des fermentations acides et gazeuses que l'HCl en excès est incapable de supprimer.

Il ne suffit plus de réduire l'excitation alimentaire au minimum et de saturer l'excès d'acide par les alcalins, il faut surtout, et avant tout, évacuer chaque jour par la sonde le liquide stagnant. L'expérience m'a démontré que, dans ces conditions, il ne fallait pas abuser des lavages, et qu'il valait beaucoup mieux évacuer le liquide de stase tous les jours, en se contentant de faire le lavage tous les deux ou trois jours.

La véritable médication, c'est de rétablir la communication entre l'estomac et l'intestin : c'est ce que réalise la gastro-entérostomie.

*Hypersécrétion compliquée d'ulcère rond.* — L'association est loin d'être rare. Souvent, nous venons de le dire, l'ulcère siège dans la région pylorique dont il amène l'occlusion. Il peut aussi se produire à distance, le pylore restant indemne : la stase peut alors manquer ou être beaucoup moins accentuée.

Le sous-nitrate de bismuth, qui réussit parfois très bien dans l'hypersécrétion avec stase, est surtout indiqué lorsque l'hypersécrétion est compliquée d'ulcère.

Dans certains cas, l'existence d'un ulcère chronique peut être une indication de pratiquer la gastro-entérostomie en l'absence de la stase permanente qui en est l'indication fondamentale : c'est, en particulier, le cas lorsque les douleurs sont intolérables.

Les moyens thérapeutiques employés par M. Bardet dans les 4 cas qu'il a rapportés ici ne peuvent réussir, je pense, que dans les crises gastriques avec hyperchlorhydrie, dans les exacerbations passagères de l'hyperchlorhydrie latente ou de l'hyperchlorhydrie discontinue à paroxysmes quotidiens. Ils seraient insuffisants dans les autres variétés cliniques de l'hyperchlorhydrie.

Il faut alors recourir aux alcalins à dose suffisante, aux calmants de la douleur lorsque la saturation des acides ne suffit pas, et, dans les cas de stase permanente, à l'évacuation quotidienne des produits stagnants, avec lavages espacés.

La sténose, surtout la sténose cicatricielle du pylore, est une indication de pratiquer la gastro-entérostomie.

En terminant, je voudrais revenir sur la question du régime lacté et des alcalins. Ces deux facteurs thérapeutiques sont jugés sévèrement par M. Bardet ; il n'est pas le seul à les attaquer.

Comme il ne se passe pas de semaine sans que leur emploi, convenablement ordonné, ne me donne les résultats les plus satisfaisants, j'en suis arrivé à me demander — pardonnez-moi cette présomption — si je ne les emploie pas mieux que leurs détracteurs.

L'usage du lait contre l'hyperchlorhydrie ne doit pas être, en général, séparé de l'emploi des alcalins ; ceux-ci corrigent son inconvénient principal, qui est de donner naissance à une certaine quantité d'acide lactique.

Le lait doit être pris à des intervalles espacés, par tiers de litre ou par demi-litre. Il ne doit pas être bu d'un seul trait, mais par gorgées successives, en quinze à vingt minutes, de façon à ne pas donner lieu à formation d'un gros caillot globuleux, mais de petits caillots successifs entre lesquels le suc gastrique puisse circuler.

Dès que, par l'usage du lait et des alcalins, les malades ont cessé de souffrir, je leur donne des œufs et des potages, puis de la volaille jeune bouillie, du poisson maigre bouilli et des purées.

*Les alcalins doivent être donnés, dès que la douleur s'annonce, à dose suffisante pour l'empêcher de se produire.* Grâce à cette précaution que je considère comme *fondamentale*, on peut en général en diminuer progressivement la dose et les malades cessent d'en prendre au bout de huit à dix jours. Un résultat aussi favorable ne s'obtient pas facilement lorsqu'il y a rétrécissement mécanique du pylore. La sténose est alors la cause principale de la persistance des accidents ; c'est elle qui rend trop souvent le traitement médical impuissant.

Peu m'importe, en principe, la nature des alcalins employés, si on les emploie comme je viens de le dire.

La magnésie a l'avantage d'être purgative, et, à poids égal, de saturer deux fois plus d'acide que le bicarbonate de soude ; elle est indiquée, surtout, lorsqu'il y a constipation.

La craie préparée est préférée par M. Debove, parce qu'elle ne se dissout qu'au fur et à mesure de la production des acides, parce qu'elle neutralise le suc gastrique sans l'alcaniser. Ce sont là des circonstances avantageuses. On peut combiner la craie et la magnésie, les substituer l'une à l'autre, suivant qu'il y a diarrhée ou constipation.

On a objecté que le chlorure de magnésium et le chlorure de calcium avaient des propriétés toxiques.

Mais, c'est du bicarbonate de soude qu on a surtout médit ; je dirais plus volontiers, c'est lui qu'on a surtout calomnié : il dégage une quantité élevée d'acide carbonique, il excite secondairement la sécrétion chlorhydrique, soit en alcalinisant le suc gastrique, soit en donnant lieu à la production de chlorure de sodium.

A ces accusations, plus ou moins justifiées, je puis objecter les excellents résultats que je n'ai pas cessé d'obtenir de l'emploi du bicarbonate de soude dans le traitement de l'hyperchlorhydrie depuis que l'expérience

Digitized by Google

m'a amené pour son emploi à la règle que j'ai formulée plus haut. Toutefois, je suis convaincu qu'avec le sous-nitrate de bismuth, la craie et la magnésie, on peut se passer du bicarbonate de soude. On peut encore avoir recours aux sels de soude, aux acides organiques : le citrate, le benzoate, le borate, le tartrate. Le salicylate de soude serait, d'après des recherches récentes, le meilleur agent susceptible de restreindre les fermentations gazeuses chez les hyperchlorhydriques.

L'eau et le sel de Carlsbad m'ont paru donner de bons résultats lorsque les paroxysmes aigus étaient calmés et qu'il n'y avait pas de stase permanente accentuée.

Je me suis borné à dessein à cette esquisse rapide, ne voulant pas reprendre dans ses détails le traitement de l'hyperchlorhydrie, mais seulement montrer quels sont les cas dans lesquels le traitement employé par M. Bardet pourrait à mon avis être suivi avec succès.

# ETUDE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

## Diagnostic et traitement de la sacro-coxalgie

Par André Claisse, *interne des hôpitaux*.

La sacro-coxalgie, ou *arthrite tuberculeuse sacro-iliaque*, est souvent méconnue, souvent confondue avec des lésions d'autre nature ou d'autre origine. Elle est méconnue surtout à son début à cause de la grande variabilité dans l'intensité, souvent du peu de netteté de ses principaux symptômes, enfin dans quelques cas du manque presque absolu de ceux-ci. Même à une période avancée, elle n'est pas toujours facilement décelée, son tableau clinique restant souvent vague.

La *douleur* est le premier symptôme qui attire l'attention du malade; mais ce premier signe est bien variable. Le plus souvent nous avons affaire à une névralgie causée par l'irritation des nerfs sortant du sacrum, irritation due soit à la compression par les fongosités, soit à la propagation de l'inflammation voisine.

Souvent c'est un homme de 20 à 35 ans, exerçant une profession favorisant les traumatismes de l'articulation sacro-iliaque (tailleurs, artilleurs, etc.), qui vient se plaindre de douleurs siégeant dans la fesse, la cuisse, le mollet; on pense à une sciatique, on trouve les points douloureux de celle-ci ; c'est bien, en effet, une sciatique, mais si on en cherche l'origine, on arrive à déceler l'arthrite sacro-iliaque qui en est la cause.

D'autres fois, c'est dans le domaine du crural, à la face antérieure de la cuisse, au genou que siégeront ces douleurs de névrite, parfois, enfin, au niveau des nerfs lombo-abdominaux.

Ordinairement, dès le début, l'articulation elle-même est douloureuse : douleur continue, même nocturne dans le décubitus dorsal, plus souvent douleur réveillée seulement par la pression des os, pendant la marche, la station assise. La pression pratiquée à trois travers de doigts en dehors de la crête sacrée la réveille nettement. Enfin, on peut encore la déceler par quelques manœuvres classiques. Comme Larrey, faites soulever les malades sur leurs poings et les laissez retomber brusquement assis ; le tronc tout entier vient frapper l'articulation malade. Avec Erichsen, saisissez les deux épines iliaques antérieures et supérieures et cherchez à les rapprocher; vous mobilisez également de la sorte les surfaces articulaires ; enfin (signe de Volkmann), saisissez une crête iliaque et imprimez-lui des mouvements; toutes ces manœuvres peuvent, mais non constamment, réveiller la douleur locale et éclairer le diagnostic.

C'est à ces douleurs également qu'il faut attribuer les *contractures* des muscles de la fesse ou du psoas, souvent précoces, *la claudication* facilement expliquée par l'exacerbation que produit la pression du corps à chaque pas, enfin les *attitudes vicieuses* : raccourcissement ou allongement presque toujours apparent, la scoliose, la cyphose que l'on peut observer.

La maladie continue et comme dans toute arthrite tuberculeuse les lésions se propagent dans le voisinage : au bout de quelques semaines, quelquefois de quelques mois, de la tuméfaction apparaît, un *empâtement* se forme : c'est a la fesse, au niveau du siège déjà indiqué de l'articulation qu'il apparaît ; allongé dans le sens de celle-ci, quelquefois plus diffus, ou, au contraire, étalé transversalement par les fibres du fessier, il est mou, œdémateux. Fréquemment il existe déjà depuis quelque temps à la face antérieure de l'articulation, dans le bassin : on le décélera facilement par le toucher rectal ; celui-ci aura dû être pratiqué dès le début, car il peut révéler la douleur précoce, très souvent la lésion débutant par la face antérieure du sacrum.

La suppuration ne tarde pas à s'établir, *des abcès* remplacent cet empâtement et nous entrons dans la troisième période de la maladie. Ces abcès fusent lentement à froid, soit directement en arrière, à travers le fessier constituant un abcès en bissac, ou en remontant vers les lombes, ou en descendant vers l'ischion ; plus souvent ils sont d'abord intra-pelviens et vont, en suivant le psoas, s'ouvrir au pli de l'aîne, ou bien passant par l'échancrure sciatique soulever le pli fessier, ou enfin s'étendre dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

Ces abcès s'ouvrent bientôt, une ou plusieurs fistules s'établissent. Les douleurs ont presque toujours disparu par décompression des nerfs ; en revanche, l'état général s'aggrave et la mort est, à brève échéance, de règle si l'on n'intervient pas : mort par cachexie due à la suppuration, mort par tuberculose pulmonaire, mort enfin par méningite spinale ou ulcération des vaisseaux du bassin.

Bien rarement la guérison peut survenir à la première et même à la deuxième période par ankylose, celle-ci pouvant donner lieu chez les jeunes filles à une des variétés de bassins obliques ovalaires.

Telle que nous venons de la décrire brièvement dans sa

Digitized by Google

forme classique, la sacro-coxalgie est d'un diagnostic assez facile. Beaucoup plus délicat est celui-ci dans certaines formes où les lésions localisées à un point de l'articulation ne se révèlent que par quelques signes beaucoup plus restreints et dont l'évolution est d'ailleurs analogue : nous voulons parler des sacro-coxalgies *partielles*, *frustes* au point de vue clinique, sur lesquelles notre maître M. Pierre Delbet a attiré l'attention et qu'a bien décrites son élève Naz (*Thèse de Paris*, 1896). C'est dans ces cas que l'articulation étant soit précocement ankylosée, soit superficiellement atteinte, les symptômes pathognomoniques font défaut et que les douleurs névritiques prennent une importance capitale ; c'est surtout dans ces cas que le diagnostic doit être débattu avec beaucoup de soin, car eux aussi réclament un traitement.

Avant d'aborder le diagnostic de la sacro-coxalgie avec les affections de voisinage, éliminons immédiatement les autres *arthrites sacro-iliaques* non tuberculeuses. Les douleurs du rhumatisme articulaire aigu ne restent pas localisées à cette articulation et se généralisent rapidement ; les arthrites blennorrhagiques ont un début aigu coïncidant avec un écoulement urétral ; les arthrites infectieuses (scarlatineuses, rubéoliques, pyohémiques, etc.), de même que les syphilitiques se présentent au cours ou au déclin de maladies qui attirent immédiatement l'attention ; on a signalé enfin des arthrites chroniques déformantes ; mais elles aussi ne sont pas localisées à cette articulation et en frappent toujours d'autres avec leur cachet spécial.

A la période simplement douloureuse du début, alors surtout que les douleurs de névrite prédominent, on a pu prendre une sacro-coxalgie pour un simple *lumbago* : les douleurs à siège lombaire, bilatérales, cédant rapidement à un traitement médical ne permettraient pas de rester bien longtemps dans l'erreur.

Les *névralgies des nerfs lombo-abdominaux*, *cruraux*, *sciatiques* peuvent, nous l'avons vu, relever de la sacro-coxalgie : il ne faut donc pas chercher ici des signes différentiels : c'est la cause seule qu'il importe de connaître ; la sciatique en particulier pourrait être une névrite primitive (tuberculeuse ou autre), ou due à une compression dans un point quelconque du bassin ou à la propagation d'une infection de voisinage (sciatique des hémorrhoïdaires, etc.) : c'est l'examen minutieux du malade qui nous montrera cette cause ; ce seront la douleur du toucher rectal, de la pression fessière, plus rarement les signes de Larrey et d'Erichsen qui nous guideront dans cette recherche étiologique.

Il en est de même de la *psoïtis* : le psoas peut fort bien s'infecter au voisinage de la sacro-coxalgie et donner lieu aux phénomènes de douleur et de contracture spéciale qui caractérisent son inflammation ; c'est dans ce cas la cause de cette infection qu'il faut rechercher du côté des vertèbres, de l'articulation de la hanche, de l'articulation sacro-iliaque, etc. ; la psoïtis, de même que la sciatique semble devoir guider notre diagnostic plutôt que nous induire en erreur.

L'*hystérie* pourrait causer une contracture des muscles fessiers : elle s'accompagne des symptômes classiques de cette névropathie ; le début de la contracture serait brusque ; on pourrait la voir terminer de même.

Ce n'est pas le *mal de Pott* classique, siégeant au niveau des dernières dorsales ou premiéres lombaires avec ses douleurs en ceinture, avec le réveil douloureux par la percussion des apophyses épineuses, qui peut en imposer pour une sacro-coxalgie ; mais le diagnostic est bien délicat quand on a affaire à une tuberculose de la dernière vertèbre, voire même de l'articulation lombo-sacrée ; la différenciation des points douloureux est fort difficile, les irradiations fort semblables. L'existence du signe d'Erichsen, le défaut de raideur de la colonne vertébrale plaideraient évidemment pour la sacro-coxalgie.

La *coxalgie* peut être écartée plus aisément : le malade est ordinairement plus jeune, la contracture plus fréquente, plus marquée, amenant rapidement cette ensellure lombaire, cette rotation avec flexion de la cuisse, rare dans la sacro-coxalgie. Le point de douleur maximum peut toujours assez bien se préciser : c'est au niveau de la tête fémorale, c'est-à-dire au milieu du pli de l'aine et en arrière du grand trochante, que la pression décèle cette douleur ; de même on la réveille par la percussion sur le talon ou le genou. Enfin recherchez encore, par le toucher rectal, la douleur ou l'empâtement souvent précoce de la coxalgie, au niveau du fond de la cavité cotyloïde, c'est-à-dire sur le côté du bassin : c'est au contraire en arrière, sur le bord du sacrum, que le toucher est douloureux dans l'arthrite sacro-iliaque.

Une fois que l'empâtement est apparu, le diagnostic a moins de tendance à s'égarer. On ne peut guère, en présence d'une tuméfaction lentement inflammatoire de la région fessière, penser à autre chose qu'à des fongosités tuberculeuses. Pourtant ces néo-productions peuvent n'être qu'une propagation de lésions primitives plus lointaines. Les *tuberculoses osseuses* de l'iléon, de l'épine sciatique, du sacrum, des vertèbres peuvent donner lieu à un empâtement douloureux de la région sacro-iliaque : c'est la recherche par une pression méthodique des points les plus douloureux et l'étude de l'évolution de la maladie qui nous instruiront.

On ne confondra pas les abcès de la coxalgie et de la sacro-coxalgie, grâce à un examen minutieux des deux articulations, se rappelant d'ailleurs que ces collections purulentes peuvent affecter absolument la même disposition dans les deux arthrites.

Enfin on distinguera des abcès pelviens de la sacro-coxalgie les différentes *collections inflammatoires ou tumeurs molles* du bassin, telles que péri-appendicites, pelvi-péritonites, néoplasmes, etc.

Lorsque les fistules sont apparues, on devra chercher un point osseux dénudé : mais il n'est pas rare que le

Digitized by Google

stylet n'en rencontre pas ; ce n'est que par des pertuis de petite dimension que la poche superficielle communique avec la profondeur.

Nous supposons donc, à une période quelconque, le diagnostic de sacro-coxalgie bien posé : ce n'est pas tout. Il faut voir s'il n'existe pas d'autres ostéites ou arthrites dans le voisinage : il faut examiner les différents viscères, le poumon en particulier, au point de vue de la généralisation de la tuberculose. De ces différentes données presque autant que de la période de la maladie dépend le traitement.

La sacro-coxalgie, en effet, a grandement bénéficié, elle aussi, de l'application de l'asespie et nous n'en sommes plus au temps où une simple ponction d'abcès froid donnait, entre les mains de Velpeau, la mort par septicémie en quelques heures. En Angleterre, Golding Bird, Makins, Gould et d'autres ont obtenu, par une intervention suffisante, d'excellents résultats qu'on doit placer à côté des guérisons acquises en France par Ollier, Trélat, Delorme, Lannelongue, Pierre Delbet. L'*intervention* à l'époque de l'empâtement, des abcès ou des fistules donne de grandes améliorations, très souvent des guérisons, alors que sans elle le malade est condamné : on *doit* donc la pratiquer.

Quelles sont ses indications ? En quoi doit-elle consister ?

Les fistules et les abcès de la sacro-coxalgie doivent toujours armer la main du chirurgien : les diverticules, la profondeur des lésions rendent absolument inutiles les cautérisations de celles-là, la ponction de ceux-ci. Nous pensons qu'il faut aussi intervenir dès la période d'empâtement, car les fongosités sensibles au toucher aboutiraient à la formation d'abcès, et il y a avantage à agir de bonne heure.

L'intervention, il faut bien le savoir, sera délicate, longue : pour être bonne, elle doit être aussi radicale que possible.

L'incision sera parallèle au grand axe de l'empâtement ou de l'abcès ; elle sera longue : il faut se faire un large chemin. On suivra les fistules en extirpant leur paroi ; elles conduiront jusqu'à l'articulation : on trouvera des points osseux dénudés, excavés ; on les enlèvera à la curette. On suivra les lésions osseuses avec la gouge et le maillet ; souvent on sera conduit de la sorte jusque dans le bassin. On examinera avec soin la face antérieure du sacrum et de l'os iliaque et enlèvera toutes les parties malades.

Ce n'est que lorsque de toutes parts on ne rencontre plus que de l'os et des tissus mous sains, et après avoir fait une exploration intra-pelvienne suffisante, que l'on doit s'arrêter. Le délabrement peut paraître considérable ; habituellement pourtant la lésion osseuse est assez limitée pour que l'on n'ait pas à redouter des suites éloignées fâcheuses au point de vue fonctionnel.

Ce nettoyage fait, on bourrera l'excavation de gaze stérilisée, en diminuant ou non la plaie superficielle par quelques points de suture : la poche se ferme très rapidement.

Nous l'avons dit, les résultats opératoires sont bons : les douleurs diminuent et disparaissent ; parfois une fistule persiste pendant quelque temps, donnant un peu de liquide, et finit par se tarir. Dans quelques cas pourtant, ce n'est qu'après plusieurs interventions qu'on a obtenu une guérison complète.

Mais cette opération peut être *contrindiquée* soit par l'état général du malade qui ne pourrait en supporter les frais, soit par d'autres tuberculoses osseuses qui la rendrait peu utile. On devra alors se borner à ponctionner les abcès, à traiter aseptiquement les fistules. Une lésion pulmonaire peu avancée n'interdit pas une intervention dont l'état général du malade tire un grand profit, en supprimant la suppuration.

Enfin, au début, lorsqu'on a affaire à une lésion encore sèche, sans extension, on la traitera comme toute arthrite tuberculeuse à cette période, par l'*immobilisation* : le repos de l'articulation est obtenu par le décubitus dorsal ; on empêchera ses mouvements par un appareil (plâtré ou autre) prenant la partie inférieure du tronc, le bassin ainsi que la cuisse du côté malade. Sayre a obtenu avec ce traitement, légèrement modifié, plusieurs guérisons. La révulsion (pointes de feu superficielles) calmera les douleurs.

On insistera, à toutes les périodes, sur le traitement général : suralimentation raisonnée, huile de foie de morue, cure d'air si l'on peut : on ne doit pas oublier que c'est l'organisme qui doit vaincre la tuberculose.

# CLINIQUE MÉDICALE

## De la diarrhée dans le goitre exophtalmique. — Bons effets de la pancréatine.

Par M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules)
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

La diarrhée se montre dans le goitre exophtalmique par intermittences, par paroxysmes passagers, ou bien elle s'établit d'une façon permanente. Il est rare que l'une ou l'autre de ces formes ne se rencontre pas à une certaine période de l'évolution de la maladie de Parry-Graves.

Au cas de diarrhée paroxystique passagère, voici comment les choses se passent habituellement : le patient est allé le matin à la garde-robe normalement ; deux, trois heures après, il est pris brusquement avec ou sans coliques (sans coliques le plus souvent) d'un intense besoin de défécation, revenant deux, trois, quatre, dix fois et plus dans la journée, suivi d'évacuations intestinales séreuses plus ou moins abondantes au milieu desquelles se trouvent les aliments à peine attaqués par la digestion ;

Digitized by Google

puis cette diarrhée s'arrête comme elle était venue, brusquement, jusqu'au retour soudain d'exonérations semblables à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle. Parfois le besoin brutal de multiples évacuations ne se fait sentir — mais alors il est périodique — que le matin ou à la fin de la nuit ; ailleurs, l'attaque diarrhéique précède ou accompagne invariablement un paroxysme cardio-exophtalmique ; on a vu des sujets pris tantôt de diarrhée, tantôt de congestion pulmonaire, celle-ci disparaissant quand celle-là rétrocédait. Telle est la diarrhée paroxystique, purement nerveuse, du goitre exophtalmique, véritable crise sécrétoire à répétition, constituée, en somme, par une série d'attaques de selles fluides, plus ou moins bilieuses, quelquefois profuses, dans lesquelles on reconnaît parfaitement les aliments non digérés. Hâtons-nous d'ajouter que cette diarrhée par hypersécrétion entérique, survenant au moment où on s'y attend le moins, n'a pas encore trouvé (et il en est de même dans les autres névroses et le tabes) son remède prophylactique : elle cesse d'ordinaire spontanément, mais brusquement, comme elle est venue.

Il en est une autre — permanente, celle-ci — lientérique aussi, qui s'installe d'une façon continue à la mode des diarrhées inflammatoires ; elle est exagérée et entretenue par les repas, et plus volontiers par les repas copieux chez les basedowiens voraces ou boulimiques qui maigrissent alors à vue d'œil, malgré leur appétit aussi impérieux qu'excessif. Et la cause de l'amaigrissement, chez ceux — j'entends — qui n'ingèrent pas de glande thyroïde ou de thyroïdine dans un but thérapeutique (car cette ingestion, qui peut modifier avantageusement le goitre et l'exophtalmie, mais qui exagère les palpitations, détermine, d'après ce que j'ai pu voir, une rapide émaciation), cette cause, dis-je, c'est la diarrhée, la diarrhée lientérique et pas autre chose.

J'observe un exemple de cette catégorie depuis tantôt un an. Il s'agit d'un fonctionnaire, arrivé à la quarantaine, qui a contracté le goitre exophtalmique, il y a sept ans, à la suite de veilles prolongées. A ma première consultation, cet homme me dit être atteint depuis plusieurs semaines de diarrhée au milieu de laquelle il avait reconnu ses aliments non digérés ; il avait cinq ou six garde-robes par jour ; les deux plus abondantes survenaient deux heures après le déjeuner et le dîner. J'attribuai sa diarrhée — sans autre preuve — à la digestion intestinale (car l'estomac fonctionnait bien) incomplète des aliments albuminoïdes et amylacés peut-être, et surtout des aliments gras par un suc pancréatique de mauvaise composition ou insuffisamment sécrété (je ne pouvais incriminer la sécrétion biliaire, les selles ayant leur coloration physiologique) ; mal digérés — je poursuivais mon raisonnement — les aliments provoquaient et entretenaient l'entérite. Dans cette alternative, la pancréatine, pensé-je, devait avoir un bon résultat ; au lieu de revenir au bismuth qui avait été inutilement conseillé, je formulai tout de suite 0 gr. 50 de pancréatine en poudre du Codex à prendre dans un cachet immédiatement après les repas de midi et du soir. Et, dès le cinquième jour, la diarrhée disparut ; elle n'a reparu que deux fois, le malade ayant cru pouvoir cesser l'usage de la pancréatine. Aussi avons-nous insisté pour qu'elle fût prise sans interruption, ce qui a lieu depuis bientôt un an. J'ai prescrit le médicament tout simplement dans un cachet, et l'action que j'en attendais n'a point fait défaut, ce qui prouve qu'il est bien inutile — sous prétexte que l'acide du suc gastrique détruit dans l'estomac le ferment pancréatique — de l'ordonner en pilules kératinisées, c'est-à-dire recouvertes d'une couche cornée insoluble dans les liquides acides, seulement soluble dans les liquides alcalins comme l'est celui de l'intestin. Ces pilules sont la plupart du temps inefficaces parce qu'elles ne se désagrègent pas, comme le veut la théorie, dans l'intestin ; on les retrouve intactes dans les selles, comme les pilules perpétuelles. Il n'y a pas à redouter la destruction de la pancréatine par le suc gastrique comme le prouve une expérience à laquelle je me suis livré ; j'ai pu faire prendre à mon malade, pendant plus de quinze jours, à la fois sa dose de pancréatine et une cuillerée de sirop de menthe à 2 gr. 50 d'acide chlorhydrique pour 250 grammes de sirop, après chaque repas, et la diarrhée n'a point reparu. La fin a donc justifié les moyens et le patient, qui ne pesait plus que 65 kilogr., a regagné le chiffre de 80 kilogr.

N'est-il pas permis de tirer de cette observation une autre conclusion, à savoir que la diminution, l'absence ou la perversion de la sécrétion pancréatique sont des anomalies possibles des fonctions digestives au cours du goitre exophtalmique ? C'est assez peu cité pour que j'attire sur ce point l'attention des cliniciens.

## Formulaire du Praticien

**Traitement du catarrhe suffocant de l'adulte.** — En présence d'un malade atteint de bronchite généralisée étendue aux petites bronches se révélant à l'examen physique par une dyspnée considérable allant jusqu'à l'orthopnée, par de la cyanose de la face, et à l'auscultation par une pluie de râles de toute nature, quelle sera la conduite du médecin ? Deux dangers imminents sont en présence : 1° l'asphyxie pure et simple par anoxhémie ; 2° la dilatation aiguë du cœur avec asystolie mortelle. Presque toujours, les malades sont exposés à l'une ou l'autre alternative ; aussi, le rôle du médecin doit être alors actif, il n'y a pas un instant à perdre.

Classiquement, et depuis Laennec, on recommande d'abord l'emploi des vomitifs : ipéca et tartre stibié. « C'est le plus efficace des moyens à employer, dit Laennec, il faut le répéter plusieurs jours de suite, si l'on n'obtient du premier qu'un simple soulagement et si l'expectoration ne devient pas sur le champ plus abondante. » Certes, le vo-

Digitized by Google

mitif au début des accidents est excellent, mais il donne peut-être de moins bons résultats qu'on ne se plaît à le dire, et, dans les cas où nous l'avons vu administrer, il ne soulageait que momentanément les malades et produisait une débilité passagère qu'il faut avant tout éviter.

Le traitement du catarrhe suffocant au début ne s'adresse pas à l'élément bronchite, c'est perdre son temps que d'essayer de faire expectorer le malade abondamment, il faut prévenir les accidents graves et mortels, gagner du temps, pallier aux accidents aigus, et après seulement, s'occuper de la bronchite. Le catarrhe suffocant, selon la juste remarque de Laennec, n'est point une espèce particulière, mais un accident qui peut arriver dans plusieurs cas très divers. Deux facteurs sont en présence dans l'éclosion de ces accidents : 1° la bronchite généralisée, tout l'arbre aérien étant rempli par des mucosités et des sécrétions bronchiques, avec ou sans œdème, avec ou sans congestion; 2° un état de paralysie, d'affaiblissement des bronches et du tissu pulmonaire qui ne produisent plus leurs fonctions normales d'excrétion. Cette paralysie est surtout favorisée par l'emphysème pulmonaire concomittant, car, chez la plupart des adultes que nous avons observés, l'emphysème avait singulièrement prédisposé, voire même déterminé les accidents du catarrhe suffocant. Ce dernier élément, la paralysie bronchopulmonaire, est le dernier auquel on devra s'adresser. Pour cela nous avons employé avec succès les injections de caféine avec la solution classique :

| | |
|---|---|
| Caféine | 2 grammes |
| Benzoate de soude | 2 gr. 50 |
| Eau | 10 grammes |

Quatre injections par jour alternant avec quatre injections d'éther.

On met le malade au régime lacté absolu, et un drastique énergique que nous préférons à l'ipéca, en nettoyant le tube digestif empêche les phénomènes d'auto-intoxication qui se produiraient presque fatalement. Nous avons eu les meilleurs résultats en ajoutant à ce traitement une large saignée de 400 grammes, laquelle saignée paraît avoir un double but, elle retire une certaine quantité de sang anoxygéné et qui ne s'oxygénerait pas dans le poumon malade, elle désencombre la circulation générale et en particulier la circulation pulmonaire, diminuant ainsi le travail du muscle cardiaque, favorisant l'absorption et diminuant au moins momentanément la plupart des sécrétions et des exhalations broncho-pulmonaires. Parfois, une seconde saignée est nécessaire, mais, comme il est à craindre qu'elle n'affaiblisse le malade, on remédiera à ces inconvénients, en faisant deux fois par jour, dans tous les cas, une injection sous-cutanée de sérum artificiel (solution saline de Hayem) 200 gr. au plus pour chaque injection. Les inhalations d'oxygène, cela va de soi, seront prescrites en même temps, de même que les révulsifs. Sous l'influence de ce traitement, les accidents graves s'atténuent, la dyspnée et la cyanose diminuent, la dilatation cardiaque est conjurée; et c'est alors, mais seulement alors, c'est-à-dire quelques jours après le début des accidents, que l'on s'occupera de la bronchite. Pendant quelques jours, deux à trois, tout en continuant les injections salines et les injections de caféine dont on diminuera le nombre, on prescrit les expectorants, on évacue d'abord la sécrétion des bronches avant de la tarir. Le kermes ou l'ipéca à faibles doses, l'acide benzoïque remplissent assez bien ce rôle. Puis, enfin, on tarira les sécrétions bronchiques en évitant autant que possible les préparations opiacées et en donnant la préférence aux balsamiques. La terpine nous a toujours donné de bons résultats. On peut l'administrer de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Terpine | 0 gr. 50 (ou plus) |
| Alcool } Glycérine } | àà 20 gr. |
| Eau de laurier cerise | 10 gr. |
| Alcoolat de racine d'aconit | X gouttes |
| Julep gommeux | 100 gr. |

A prendre par cuillerées à bouche toute la journée.

Mais on peut tout aussi bien ordonner le tolu, la térébenthine ou autres médications classiques de la bronchite ordinaire. — Deguy.

---

**Formules diverses pour l'usage externe de la résorcine**, d'après la *Ther. Wochenschrift* :

1° Contre le favus :

| | |
|---|---|
| Résorcine } Lanoline } | àà 3 gr. 5 |
| Vaseline } Oxyde de zinc } Amidon } | àà 0 — 8 |

2° Emplâtre résorciné contre l'épithélioma à marche lente :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 4 gr. 5 |
| Cire blanche } Résine pulvérisée } | àà 6 — |
| Huile d'olives | 9 — |

3° Contre la séborrhée :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 1 gramme |
| Alcool | 50 — |
| Vaseline | 150 — |

4° Contre l'eczéma suintant :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 1 gramme |
| Dermatol | 2 — |
| Glycérine | X gouttes |
| Eau calcaire | 30 grammes |

5° Contre l'eczéma sec :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 1 gramme |
| Poudre d'amidon } Poudre d'oxyde de zinc } | àà 8 — |
| Vaseline | 15 — |

**Crayons médicamenteux pour le traitement du cancer utérin :**

| | |
|---|---|
| Bleu de méthylène } Tannin } | àà 0 gr. 25 |
| Poudre d'opium | 0 gr. 05 |
| Huile d'olives | XV gouttes |
| Beurre de cacao | 4 grammes |

(*Gaz. de gyn.*).

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**L'obésité chez les enfants et son hygiène.** — L'obésité chez les enfants n'est pas très rare ; elle peut atteindre quelquefois un développement considérable. Immermann, Bouchard, Teissier, etc., en ont publié des cas remarquables ; Barkhausen vit un enfant de 1 an qui pesait 53 livres ; Eschenmayer, une fillette de 10 ans qui pesait 219 livres. L'obésité de l'enfant paraît être assez souvent d'origine héréditaire ; elle semble constituer une variété clinique particulière, et céder plus facilement que l'obésité des adultes à l'influence du traitement. Telle était l'opinion de Charcot (Proust et Mathieu : *Hygiène de l'obèse*). Parfois, l'obésité chez les enfants se montre après une maladie aiguë, en particulier à la suite d'une fièvre typhoïde. D'autres fois, elle commence ou prend un développement marqué pendant l'adolescence, après l'établissement de la puberté, sans cause accidentelle connue. L'âge a certainement une influence sur la modalité de l'obésité. C'est chez les jeunes enfants ou les adolescents que se montre le plus souvent l'obésité qui pourrait être qualifiée d'atonique, par comparaison avec la goutte. C'est l'obésité des anémiques et des lymphatiques : elle se caractérise par la pâleur des téguments, la mollesse générale des tissus, la tendance évidente à l'anémie ou à la chlorose. Il n'est pas rare non plus de trouver chez ces sujets des cicatrices d'adénite cervicale au cou. Le sexe ne paraît pas influencer beaucoup le développement de cette obésité, les statistiques prouvent que de 0 à 5 ans ce sont les fillettes qui sont le plus atteintes ; de 5 à 10 ans, ce sont les mâles.

Ces obèses atoniques se reconnaissent facilement, à leur facies, ils sont pâles et comme bouffis, ils ont les chairs molles et ne présentent qu'une faible résistance à la fatigue. Chez les jeunes filles, il n'est pas rare de constater des signes non douteux de chlorose : essoufflement et palpitations faciles, aménorrhée, souffles anémiques de la base du cœur et des vaisseaux. C'est l'obésité avec ralentissement de la nutrition, les malades ne sont pas de gros mangeurs. L'urée, dans leur urine, reste au-dessous du taux physiologique, ce qui est, du reste, en rapport avec la quantité relativement faible des aliments ingérés.

L'indication hygiénique chez ces malades est de stimuler la vitalité générale, et de tonifier l'organisme tout entier. L'alimentation étant déjà spontanément au-dessous de la normale, il y a moins lieu de s'inquiéter de restreindre les recettes que d'en améliorer la qualité.

La viande, de préférence crue, sera finement hachée ou pulpée ; elle exerce une action tonique, excitante des plus favorables. Le plus souvent l'appétit n'est pas excessif ; au contraire, il est plutôt diminué, quelquefois perverti.

Les obèses atoniques vivront le plus possible à la campagne, au grand air, où ils ne feront tout d'abord qu'un exercice très modéré. Le séjour au bord de la mer leur conviendra parfaitement, et aussi, bien qu'à un moindre degré, le séjour dans la montagne. Le massage méthodique, la gymnastique suédoise seront prescrits, mais ce n'est que progressivement, au fur et à mesure de l'amélioration, que l'on mettra en œuvre les autres méthodes de la kinesithérapie ; la marche à plat chemin et en montant, l'équitation, l'escrime, la natation. L'hydrothérapie sera très légère au début, des douches froides très rapides, précédées au besoin par une douche, des lotions froides, des enveloppements froids. Obtenir la réaction, tout est là, c'est le signe auquel se reconnaît et sa mesure l'utilité de l'hydrothérapie froide. Les bains de mer, les bains d'eau salée pourront aussi être employées.

Les obèses torpides, chez lesquels l'atonie vitale n'est pas très marquée, sous l'influence de ce régime, ne tardent pas à s'améliorer, les autres continueront à réclamer de plus grands ménagements. Chez les chlorotiques, il conviendra de donner des préparations ferrugineuses, du protochlorure ou du tartrate sous forme de teinture de mars tartarisée. Quant à l'autre forme d'obésité infantile qui est de l'obésité floride, la plupart du temps héréditaire, son hygiène sera celle de l'arthritisme en général et ne diffère en rien de l'hygiène que l'on impose aux adultes obèses. — M. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement des contusions de l'abdomen par un coup de pied de cheval.** — On sait combien est difficile la question de l'intervention dans les contusions graves de l'abdomen. Tout récemment un débat sur ce point s'engageait à la Soc. de chirurgie, et l'on en arrivait à conclure que la mort du blessé survenait aussi bien à la suite d'une intervention hâtive que d'une opération trop longtemps différée. C'est à une étude de ce genre, portant plus particulièrement sur la valeur comparée de la laparotomie et de l'expectation armée dans les contusions de l'abdomen par coups de pied de cheval, que M. Mendy consacrait récemment une thèse (*Th. doct. Paris*, 1896), basée sur un grand nombre de faits empruntés en grande partie à la médecine militaire. L'auteur pose des conclusions qui nous paraissent devoir être signalées et qui sont les suivantes :

Dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, il n'existe pas de signe certain de la perforation intestinale, le seul symptôme qui intéresse véritablement le chirurgien. La violence du traumatisme, l'intensité du shock péritonéal, la douleur au point contus, les vomissements, la petitesse et la fréquence du pouls et de la tem-

Digitized by Google

pérature, la rétraction ou le ballonnement du ventre, le facies péritonéal sont des signes qui, pris isolément, n'ont au début, qu'une valeur relative. Groupés, ils prennent, au contraire, une importance considérable pour assurer le diagnostic.

Quelques signes. comme l'hyperesthésie de la paroi, la sensibilité au toucher rectal, nous paraissent devoir fournir des indications précieuses, qu'il y aura lieu de rechercher dorénavant.

Il nous paraît abusif, dit-il, de recourir à la laparotomie large ou à la laparotomie sous forme de boutonnière, et *cela d'emblée*, dès les premières heures, en s'appuyant seulement sur l'un des signes, l'*intensité du choc*, par exemple. Ces opérations ne lui paraissent admissibles que dans les cas où un ensemble de signes rationnels sont relevés par le chirurgien et d'ailleurs cet ensemble manquerait moins souvent qu'on ne serait tenté de le croire.

En voulant assimiler, comme on le fait fréquemment, les contusions de l'abdomen aux plaies pénétrantes, on est incité à pratiquer la laparotomie d'une façon excessive. De plus, la division des contusions abdominales ou contusions de *grande gravité*, de *gravité moyenne* et de *gravité légère*, commode au point de vue didactique, n'a aucune valeur pratique, puisque, dès les premières heures, c'est-à-dire dans la période où la laparotomie a le plus de chances de réussir, il est impossible de déterminer avec rigueur à quel degré on a affaire.

Les partisans déclarés de la laparotomie semblent avoir exagéré la rareté des guérisons des contusions abdominales en général. Des *statistiques complètes* d'un même chirurgien, les seules, dit M. Mendy, qui puissent décider de la question, démontrent que l'expectation et un traitement médical rationnel donnent plus de guérisons qu'on ne l'admet généralement, même dans les cas graves qui sembleraient réclamer la laparotomie.

Ce traitement médical, toujours indispensable à instituer, même dans les cas justiciables de la laparotomie, et avant qu'on ne pratique l'opération, consiste dans la compression méthodique du ventre, le repos absolu, la diète de boissons et d'aliments, l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, et l'usage des opiacés ou pilules en injections. — L. F.

## OBSTÉTRIQUE

### Quelle conduite tenir en présence d'une femme enceinte qui a des vomissements graves ?

La première chose à faire, c'est d'assurer le diagnostic. La principale cause d'erreur réside dans le fait d'ignorer l'existence de la grossesse, et de n'y pas penser ; car, on s'égare alors au milieu d'une foule d'hypothèses. En général toute femme jeune, prise de vomissements répétés depuis quelques jours ou davantage, doit être examinée au point de vue obstétrical.

L'état gravide étant connu, ou tout au moins soupçonné, on doit encore rechercher avec soin si les vomissements sont réellement graves, incoercibles ; les malades et leur entourage ont vite fait de dire que les vomissements sont incessants, que l'estomac rejette tout. Il faut préciser, et on apprendra qu'un repas sur deux est conservé, ou que les vomissements ne surviennent que plusieurs heures après l'ingestion des aliments, etc ; toutes conditions qui changent complètement le diagnostic et le pronostic.

Quand la femme est dûment atteinte de vomissements graves, avec inanition prolongée et amaigrissement rapide, il faut encore savoir à quelle période de la maladie on en est, et compter soigneusement le pouls. S'il est normal, on a du temps devant soi, plus ou moins, suivant le degré d'amaigrissement, et à ce sujet on doit faire peser la malade à plusieurs reprises. On sait que dans l'inanition la mort est inévitable quand le sujet a perdu 40 0/0 de son poids primitif.

Tant que le pouls est normal, on peut essayer divers moyens tels que les inhalations d'oxygène, les pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique, l'application d'un sac rempli de sable chaud le long de la colonne vertébrale, les lavements purgatifs remplacés après leur période d'action par des lavements nutritifs, les injections sous-cutanées de sérum artificiel, etc. Parmi les très nombreux moyens préconisés, nous ne citons que les plus utiles.

Si l'amaigrissement est rapide, profond, sans attendre l'extrême limite dont nous avons parlé, ou si l'affection en est arrivée à la période d'accélération du pouls, il ne faut pas perdre de temps. Un moyen puissant est la galvanisation des pneumogastriques. Le pôle positif d'un appareil à *courants continus* sera appliqué au-dessus de la clavicule entre les chefs d'insertion du sterno-mastoïdien, l'électrode négative en forme de plaque de 9/13 centim. sera placée au niveau du creux épigastrique. Le courant doit être faible, 8, 10, 15 milliampères ; il faut prendre la précaution de faire varier lentement le courant, de l'augmenter et de le diminuer progressivement, au commencement et à la fin de la séance, pour ne pas provoquer d'excitation. La séance doit durer de 15 à 30 minutes et être répétée plusieurs fois par jour dans les cas rebelles. Au milieu de la séance, on peut essayer de faire avaler un verre de lait ou de bouillon pour reprendre ensuite l'électrisation du côté droit du cou, par exemple, si on avait commencé par le côté gauche.

La galvanisation est d'un si grand secours qu'on ne saurait trop la recommander, d'autant plus qu'elle est inoffensive. Son seul inconvénient est de nécessiter un outillage particulier qu'on n'a pas toujours sous la main, et c'est pourquoi nous avons commencé par indiquer les moyens précédents.

Si la galvanisation échoue, il ne reste plus qu'à agir sur l'utérus. Le redressement d'une déviation suffit parfois par amener la cessation brusque des vomissements.

Digitized by Google

L'avortement provoqué est le moyen héroïque mais ultime, et la grosse difficulté est de savoir l'employer à propos. On ne devra jamais le pratiquer sans l'avis et le concours de plusieurs confrères qui auront rédigé une consultation signée, destinée à prévenir non seulement la famille, mais aussi le maire du pays ou le commissaire de police. Toutefois, avant de pratiquer une manœuvre définitivement fatale pour la grossesse, il est bon d'essayer de dilater le col avec le doigt, et même de décoller l'extrémité inférieure de l'œuf sans ouvrir les membranes, car ces petites interventions ont parfois suffi pour arrêter les vomissements, sans interrompre la grossesse. En cas d'insuccès, on ouvrira franchement la cavité amniotique.

A la période dernière, celle des accidents nerveux (hallucinations, diplopie, cécité, strabisme, convulsions, etc., etc.), il n'y a plus à tenter que l'avortement provoqué, et encore, la mort est-elle presque constante quoi qu'on fasse à cette période. — Demelin.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 février 1897*

**La peste bubonique.** — M. Collin. Ce qui paraît en cette épidémie mériter surtout l'attention de l'Académie et justifier la préoccupation publique, c'est le fait de la pénétration de la maladie dans la mer Rouge par le détroit de Bab-el-Mandeb. Ce fait est absolument nouveau, car il est en désaccord avec les données que nous ont fournies les épidémies antérieures. Non seulement la peste à bubon n'a jamais franchi l'équateur, différant en cela des deux autres maladies pestilentielles (choléra et fièvre jaune), mais encore il est fort rare qu'elle pénètre bien avant dans les régions les plus méridionales de notre hémisphère pendant la longue période où l'Egypte fut le foyer de prédilection de l'épidémie, période de plusieurs siècles, qui ne finissait qu'en 1845, tous les historiens insistent sur ce fait qu'à chacune de ces explosions épidémiques, la maladie se limitait à la Basse-Egypte, ne remontant jamais à la première cataracte et n'atteignant pas la Nubie, malgré les prédispositions spéciales de la race noire.

L'épidémie de Wethonka (1878-1879), s'arrêtant aux confins de la Russie, bien que des mesures n'aient pas été prises pour enrayer la marche du fléau, témoigne des conditions, pour ainsi dire réfractaires de l'Europe au développement de cette maladie. De plus, l'épidémie débute toujours en même temps que la saison froide et est enrayée par l'apparition des premières chaleurs, et bien que le fait exceptionnel de la pénétration du fléau dans la mer Rouge justifie la surveillance étroite que conseille M. Proust, il est vraisemblable que cette nouvelle invasion s'atténuera et mourra sur place comme les précédentes.

**Maladie kystique du testicule chez un enfant.** — M. Kirmisson. Il s'agit d'un enfant adressé avec l'étiquette : Hydrocèle congénitale. On trouve des signes négatifs tels que l'absence de transparence. La ponction exploratrice ne donne que très peu de liquide. La palpation de la masse scrotale faite après cette légère ponction permet de sentir une tumeur assez consistante. On hésite entre le diagnostic de syphilis ou de cancer du testicule.

Les antécédents héréditaires autorisant, on institue le traitement mixte. Trois mois après, l'enfant revient avec une tumeur beaucoup plus considérable ; le cordon est absolument indemne ; l'état général est bon. On fait une nouvelle ponction exploratrice qui ne donne pas de résultats et on explore la région des ganglions iliaques sous le chloroforme. On ne trouve pas de propagations lymphatiques.

L'ablation pratiquée, on trouve une musculaire et une vaginale hypertrophiées. On voit à la coupe de nombreux petits kystes.

L'examen histologique décèle l'existence d'un épithélium pavimenteux sur la paroi de ces kystes. On pourrait croire à une dégénérescence carcinomateuse de la tumeur à cause de la présence de nombreuses travées fibreuses contenant des amas cellulaires. Mais, étant donné le bon état général du malade et l'absence de récidive depuis quinze mois, M. Kirmisson pense qu'on doit croire à une simple tumeur kystique bénigne.

**Présence d'un sou dans l'œsophage décelé par la radiographie.** — M. Kirmisson. A la suite de ce diagnostic il a été possible de pratiquer l'œsophagotomie.

**Manifestations oculaires de la lèpre.** — M. Hallopeau lit un rapport sur un travail de M. Gouved, intitulé : *Étude clinique sur les manifestations oculaires de la lèpre.* La paralysie de l'orbiculaire paraît jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces altérations ; elle est constamment consécutive à des lésions de la conjonctive palpébrale ; il s'agit, suivant toute vraisemblance, d'autoinoculation. La paralysie peut être due à l'invasion du muscle orbiculaire ou de ses filets moteurs par les bacilles. On peut enrayer le développement consécutif des altérations oculaires en pratiquant une blépharroraphie prophylactique aussi étendue que possible et répartie sur les deux ongles de la fente oculo-palpébrale.

M. Laborde lit un rapport sur un travail de M. Dubois concernant le traitement de la tuberculose par le mercure.

M. Dubois aurait obtenu une guérison apparente dans plusieurs cas de tuberculose, soit au début, soit même à la période cavitaire. Le mercure, d'après lui, serait le spécifique du bacille. M. Miquel aurait contrôlé bactériologiquement l'action funeste du mercure sur les cultures de bacilles de Koch.

Il préconise l'injection hypodermique de bichlorure de mercure dissous sans alcool et titré au millième. Il ne dépasse pas un centimètre cube. Dans le cas où ces injections sont trop douloureuses, il les remplace par des frictions.

Digitized by Google

M. Hayem lit un rapport sur un travail de M. Barré sur la désintoxication du sang.

M. Barré cite plusieurs observations portant sur une pneumonie grippale, deux cas d'urémie à forme comateuse, un cas de rhumatisme cérébral. La guérison aurait été déterminée par le lavage du sang (saignée suivie d'injection intra-veineuse d'eau salée. M. Hayem conclut à la bénignité de ce traitement.

M. Hayem lit un rapport sur un travail de M. Laval. Cet auteur ayant constaté la fréquence de l'urobilinurie après les traumatismes du foie, pense que ce peut être là un bon signe pour diagnostiquer l'importance de ces traumatismes.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 29 janvier 1897*

**La pression artérielle dans l'éclampsie puerpérale.** — M. Vaquez. — M. Vinay (de Lyon), en se servant du sphygmomanomètre de Potain, a constaté, en 1894, que chez les femmes enceintes la pression artérielle ne se modifiait pas jusqu'au début du travail. Par contre, chez les femmes enceintes albuminuriques la pression pouvait atteindre 18 à 20 centimètres de mercure.

Des observations qu'il a faites à la Maternité, en collaboration avec son interne, M. Nobécourt, permettent à M. Vaquez de confirmer ces résultats. Il a vu que, pendant la durée des accès éclamptiques, la pression est toujours supérieure à la normale. Si les accès s'interrompent, la pression diminue, sans cependant revenir à la normale, et elle s'élève quand les accès recommencent. Si, au contraire, les accès disparaissent, la pression diminue rapidement et revient à la normale.

Des ces recherches, dit M. Vaquez, on peut tirer des considérations pathogéniques et cliniques.

Tout d'abord, l'élévation de la tension est semblable à celle que Ziemssen a constatée dans l'urémie. Cet auteur a noté que la pression s'élevait très notablement dès les premiers prodromes de l'accès convulsif pour redescendre une fois l'attaque terminée. Mais l'hypertension ne résulte pas des convulsions mêmes, puisque, comme les observations de MM. Vaquez et Nobécourt le prouvent, elle les précède parfois de plusieurs jours. Elle résulte très vraisemblablement d'une action vaso-constrictive provoquée par l'action sur les centres nerveux de certaines substances toxiques non éliminées par les urines. Il paraît, d'autre part, difficile de ne pas admettre que ces modifications rapides et considérables de la tension ne soient pas pour quelque chose dans la nature des lésions constatées à l'autopsie, dans la fréquence et l'étendue des hémorragies.

Des conséquences pratiques découlent encore de ces observations. L'exploration de la tension artérielle, toujours utile au cours de la grossesse, est indispensable chez les albuminuriques. L'hypertension permet de prévoir l'imminence des accès éclamptiques et d'instituer une thérapeutique capable de les faire avorter. Au cours même de l'affection, cette exploration est encore nécessaire, car elle permet de juger si les rémissions qui interrompent les crises ont un caractère passager ou définitif.

**Etude anatomo-pathologique de cinq cas d'appendicite. Applications à la pathogénie.** — M. A. Siredey et M. Le Roy, interne des hôpitaux. — Les lésions fondamentales de l'appendicite consistent le plus souvent, comme l'ont démontré Pilliet et Costes (1), en une inflammation très intense des follicules clos qui occupent la partie profonde de la muqueuse. Mais il est très fréquent d'observer en même temps des altérations plus ou moins graves de la muqueuse, de la couche sous-muqueuse et de la musculeuse.

Les altérations que nous allons décrire succinctement ici résument cinq cas variés d'appendicite étudiés spécialement au point de vue de l'anatomie pathologique, qui a été un peu trop négligée dans les discussions récentes sur l'appendicite et qui peut cependant jeter quelque lumière sur beaucoup de points encore obscurs de la maladie.

Les follicules clos sont considérablement augmentés de volume ; ils présentent six ou huit fois les dimensions de follicules normaux. Les mailles du tissu réticulé sont absolument remplies de cellules lymphatiques qui masquent les cellules fixes de la trame et compriment les vaisseaux sanguins.

Ces follicules tuméfiés refoulent la muqueuse, et tendent ainsi à diminuer la lumière du canal central.

Le tissu sous-muqueux reste quelquefois indemne à côté de follicules très altérées ; quelquefois il présente des altérations assez analogues à celles des follicules clos : les espaces conjonctifs sont remplis de cellules plus ou moins tassées les unes contre les autres, et cette hyperplasie se confond avec celle qui entoure les follicules, au point de constituer une vaste nappe de tissu embryonnaire qui s'étend depuis la muqueuse jusqu'au voisinage de la couche musculeuse.

Les lésions de la muqueuse sont très variables ; dans une de nos observations (appendice opéré à froid), il existait, concurremment avec la folliculite, une très vive inflammation du chorion muqueux interglandulaire. Les glandes, refoulées de dehors en dedans par les follicules hypertrophiées, écartées, dissociées par la prolifération interglandulaire, étaient pour la plupart atrophiées, et, de place en place, envahies par les cellules lymphatiques. Dans d'autres cas, au contraire, les glandes paraissaient un peu allongées et ne semblaient pas être le siège d'altérations importantes. Dans une autre observation la prolifération glandulaire et interglandulaire était plus accentuée que l'hypertrophie des follicules.

L'ulcération peut avoir pour point de départ la muqueuse elle-même, mais le plus souvent elle succède à la destruction des follicules clos. Il se produit une véritable nécrobiose des cellules de nouvelle formation, soit à la

Digitized by Google

suite de la compression des vaisseaux sanguins par les cellules lymphatiques accumulées en excès dans les tissus lymphoïdes, soit à la suite d'embolies microbiennes de ces vaisseaux. Cette dernière hypothèse pourrait s'appuyer sur la présence de nombreux petits foyers hémorragiques en divers points des préparations.

Les premiers abcès apparaissent, en général, au centre des follicules, mais ils peuvent être plus rapprochés des bords, et nous avons vu plusieurs fois des follicules communiquer largement par la rupture des sinus lymphatiques qui les entourent.

Deux appendices opérés en pleine crise aiguë présentaient des particularités importantes : la transformation épithélioïde de nombreuses cellules, et la multiplication des noyaux, à tel point que beaucoup de cellules renfermaient de deux à quatre noyaux distincts. Ce phénomène n'était pas limité aux follicules. mais il s'observait également dans le tissu sous-muqueux. Il existait, en outre, de nombreux petits foyers hémorragiques et des amas de coli-bacilles dans toute l'épaisseur de l'appendice, mais particulièrement au niveau du tissu sous-muqueux. Il est probable que cette multiplication insolite des noyaux est en rapport avec des phénomènes de phagocytose. On constatait en même temps dans ces deux cas, de nombreux abcès miliaires dans le tissu sous-muqueux et jusqu'au voisinage immédiat du péritoine. Quelques-uns de ces petits abcès semblaient s'être développés au voisinage de foyers hémorragiques.

Sur deux de nos appendices il existait une sclérose extrêmement prononcée des couches profondes. L'un d'eux, opéré à froid, laissait voir sur quelques coupes une lame fibreuse homogène, formée de bandelettes denses, épaisses, au milieu desquelles on reconnaissait, à la périphérie, quelques rares éléments musculaires dissociés, séparés par des fibres lamineuses et, au centre, des glandes considérablement diminuées de nombre et de volume. On ne trouvait que 12 à 15 glandes au lieu de 40 à 50 que l'on rencontre sur une coupe normale. Plusieurs de ces glandes présentaient une disposition bifurquée ou même trifurquée.

Autour des glandes on retrouvait quelques rares follicules, aplatis, déformés.

Sur deux de nos appendices, nous avons constaté une oblitération du canal central. Elle coïncidait, dans une de nos observations, avec une disparition à peu près complète de presque tons les éléments normaux, l'appendice tout entier étant transformé en tissu embryonnaire. L'oblitération, d'ailleurs, s'étendait depuis le fond de l'appendice jusqu'au voisinage du cœcum.

Un autre appendice (opéré à froid) était oblitéré sur son tiers moyen environ : il n'existait à la partie inférieure aucun renflement kystique. La folliculite était aussi développée en amont qu'en aval de l'occlusion. Les cultures faites dans ce cas sont restées stériles et les coupes ne renfermaient pas de microbes.

Dans trois autres observations, le canal appendiculaire, très rétréci en quelques points, conservait toujours une bordure épithéliale nette, et l'orifice, si réduit qu'il ait été, subsistait sur toutes les coupes.

L'un de ces appendices avait été enlevé à froid ; l'autre, opéré en pleine crise, renfermait de nombreux coli-bacilles, constatés par l'examen bactériologique des préparations et par des cultures. L'injection des cultures à des animaux n'a pas produit de résultat, et témoigne, par conséquent, de leur faible virulence.

Il ne semble pas que les lésions de l'appendice soient consécutives à l'oblitération ; elles paraissent plutôt en être la cause, que l'occlusion résulte d'une inflammation intense, diffuse, généralisée. ou qu'elle soit due à la sclérose progressive des tuniques. Il n'en est pas moins vrai que la cavité de l'appendice se trouve dans des conditions éminemment favorables à l'infection, comme l'expérience le prouve trop souvent. Close ou non, c'est une cavité en cul-de-sac, dans laquelle la stagnation des liquides est fatale. L'appendice occupe-t-il sa place normale à l'extrémité du cœcum, le canal forme une véritable impasse dont l'ouverture est située en haut ; et si l'appendice est relevé, fléchi dans une position anormale, il présente des courbures aussi défavorables que sa déclivité naturelle.

Survient-il une ulcération de la muqueuse, un abcès miliaire qui s'ouvrira dans sa cavité ? l'élimination des produits septiques est alors à peu près impossible et l'infection en est la conséquence habituelle.

Si nous ne connaissons pas encore avec une précision suffisamment rigoureuse les rapports qui existent entre les diverses altérations anatomiques et les modalités cliniques si variées de l'appendicite, il faut bien convenir que nous ignorons encore plus complètement, à l'heure actuelle, la cause primitive, le point de départ véritable de ces folliculites, de ces abcès miliaires, qui ont de si graves conséquences pour l'organisme.

M. Rendu. On ne saurait dans l'appendicite invoquer une pathogénie univoque, d'autant plus que les faits anatomo-pathologiques ne sont pas toujours comparables entre eux ; il en est de même en clinique. A propos de la théorie du vase clos, les pièces fraîches présentent presque toujours un étranglement qui reproduit en partie la cavité close. Mais ces pièces se modifient rapidement par leur séjour dans l'alcool ; et tel appendice, qui paraissait fermé au moment de l'opération, montre au bout de quelques jours, une cavité librement ouverte qui n'existait pas sur le vivant.

M. Legendre. Il se produit dans les appendicites anciennes un travail de sclérose, qui ne met cependant pas à l'abri d'une perforation. Celle-ci peut se produire au bout de plusieurs années, à une époque tardive de l'évolution de la maladie, ainsi qu'il en a observé un cas.

Les troubles intestinaux, notamment la diarrhée, sont fréquents parmi les antécédents des malades atteints d'appendicite. La constipation n'est donc pas seule en

Digitized by Google

cause parmi ces antécédents; il n'y a pas un processus pathologique univoque aboutissant à l'appendicite.

M. Mathieu rappelle qu'à plusieurs reprises il a signalé la colite muco-membraneuse, comme coïncidant avec des accidents appendiculaires.

**Recherches bactériologiques sur la rougeole.** — M. Barbier a examiné par la méthode des cultures chez des rougeoleux le sang, les mucosités conjonctivales, nasales et buccales. L'examen du sang n'a donné aucun résultat positif. Avec le mucus conjonctival, il a obtenu 6 résultats négatifs et 31 positifs. Sur ces 31 cas, il a pu isoler divers microbes appartenant à des espèces nombreuses et 16 fois un bacille court, rappelant celui de la diphtérie, peu virulent, à insolution rapide; parmi les autres espèces, le staphylocoque blanc a été le plus souvent observé. Le mucus des fosses nasales et de la bouche a fourni les microbes habituels de ces cavités, entre autres le streptocoque, 9 fois sur 12.

**De la diphtérie de l'adulte.** — M. Gouguenheim a observé en 1896 au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière, 120 de diphtérie chez des adultes la plupart bénins, dont il tire les conclusions suivantes.

La diphtérie de l'adulte est plus complète qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Elle est souvent méconnue en raison de sa bénignité presque constante; parce que l'examen bactériologique est presque toujours négligé; parce que les symptômes diffèrent peu, la plupart du temps, de ceux d'une angine aiguë pultacée, lacunaire, herpétique.

Le larynx est rarement envahi et les signes de cet envahissement ne sont jamais aussi graves que ceux que l'on observe chez l'enfant.

L'adénite sous-maxillaire est assez fréquente; habituellement elle se résout, mais quelquefois elle suppure. Alors le pus ne renferme que des streptocoques et des staphylocoques, sauf peut-être dans les cas hypertoxiques.

Les fosses nasales et le cavum pharyngien sont susceptibles d'être atteints.

La paralysie diphtérique est rare et guérit facilement.

Le bacille de Lœffler peut être court, moyen ou long, sans que cet aspect ait une signification certaine au point de vue de la nature bénigne ou grave de l'affection.

Les associations microbiennes n'assombrissent pas, chez l'adulte, le pronostic de la diphtérie.

La contagion de la diphtérie chez l'adulte est évidente; on peut observer de petites épidémies dans les salles d'hôpital. Cette transmission peut atteindre l'enfant, d'où la nécessité de mesures prophylactiques.

L'albuminurie est un signe fréquent dans la diphtérie comme dans toutes les maladies infectieuses. Elle ne semble pas aggraver le pronostic.

Souvent la guérison est spontanée, mais la sérothérapie est fréquemment indiquée; la dose de 5 cc. suffit dans les cas bénins; dans les cas sérieux il est sage d'injecter de 10 à 20 cc. Le sérum n'agit pas dans les cas réfractaires.

**Syphilides ulcéreuses respectant un membre atteint de paralysie infantile.** — M. G. Thibierge présente un malade atteint de paralysie infantile ayant déterminé une atrophie en masse du membre supérieur droit. Le sujet ayant contracté autrefois la syphilis, a vu survenir des syphilides malignes précoces qui se sont disséminées irrégulièrement sur le tronc et les membres, en respectant absolument le membre atrophié. Ce fait doit être rapproché d'un cas analogue, publié par M. Jolly, dans lequel une syphilide papulo-squameuse généralisée avait respecté le membre inférieur atteint de paralysie infantile.

**Scarlatine localisée à la face.** — M. Lemoine, du Val-de-Grâce. Tous les auteurs ont parlé des scarlatines frustes; parmi celles-ci, il en a observé un certain nombre qui peuvent servir de transition entre l'angine scarlatineuse simple, sans éruption, et la scarlatine proprement dite. Il s'agit d'une éruption exclusivement limitée à la face, dont la nature vraie peut être facilement méconnue, si l'attention du médecin n'est pas attirée de ce côté par des cas concomittants de scarlatine ordinaire.

Il s'agit, en effet, d'individus provenant d'un milieu où règne la scarlatine et qui ont été pris la veille, ou l'avant-veille de leur entrée à l'hôpital d'angine et de fièvre. L'angine offre les caractères de l'angine scarlatineuse. Quant à la fièvre, elle est toujours vive; la face est uniformément rouge, vultueuse; mais rien ne la différencie de ce que l'on observe dans les cas d'angine simple un peu violente. Ce n'est que les jours suivants qu'on peut être mis sur la voie du diagnostic par la persistance de la rougeur après l'abaissement de la température, puis par la desquamation générale du visage par petites écailles. Les malades, atteints de cette forme fruste de scarlatine, peuvent être les sujets de contagion, ce qui ne laisse aucun doute sur la nature véritable de la maladie. — H. M,

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 3 février 1897*

**Des dangers de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du foie.** — M. Michaux fait d'abord remarquer la difficulté du diagnostic de ces tumeurs, sur la nature desquelles on peut se tromper même après laparotomie. C'est ainsi qu'il lui est arrivé de prendre pour des noyaux carcinomateux des plaques blanchâtres d'hépatite chronique chez une femme qui a survécu pendant plusieurs années.

La laparotomie exploratrice et les interventions chirur-

Digitized by Google

gicales sont dangereuses chez les malades atteints de tumeurs malignes du foie, car ils résistent mal au choc traumatique ; on ne doit donc entreprendre ces opérations qu'avec une très grande circonspection.

M. Ricard communique un cas de M. Terrier, dans lequel la mort survint rapidement après une laparotomie pour cancer du foie. Il s'agit d'un homme de 57 ans, présentant les signes d'un cancer probable du foie. M. Terrier pratiqua la laparotomie le 14 décembre 1895, et trouva un foie volumineux, bossué, dans lequel il fit une ponction avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain. Il vint seulement un peu de sang; mais lorsque la canule fut retirée, un jet de sang artériel sortit et ne fut arrêté que par la compression digitale. Le malade succomba le lendemain. A l'autopsie, on trouva un demi-litre de sang dans le ventre et un carcinome du foie. M. Terrier fait remarquer que la ponction a été pratiquée avec un trocart trop volumineux, et que pour arrêter ces hémorragies il est bon de toucher le foyer avec la pointe fine d'un thermocautère et d'établir la compression avec une mèche de gaze stérilisée.

M. Broca rapporte qu'un pareil accident lui arriva il y a 7 ans, chez un homme présentant un foie régulièrement hypertrophié, mais bosselé. S'agissait-il d'un kyste hydatique ou d'une autre tumeur? Il fit au travers la paroi abdominale une ponction exploratrice et retira du sang. Or, son malade succomba 15 heures après d'une hémorragie interne ; il était atteint d'un carcinome du foie.

Quant à lui, il estime que la simple ponction exploratrice est plus dangereuse que la laparotomie, car celle-ci permet une hémostase directe.

**Chirurgie du poumon.** — M. Tuffier reconnaît que dans certains cas le décollement pleuro-pariétal est insuffisant pour explorer le poumon, qu'il peut provoquer le pneumothorax après déchirure de la plèvre, mais ces deux faits sont rares ; et ce mode d'exploration lui a donné de très utiles renseignements ainsi qu'à d'autres chirurgiens. Lorsque le pneumothorax se produit, sans qu'il existe d'adhérences, il envahit toute la cavité pleurale ; le patient montre une grande anxiété respiratoire ; les rapports du poumon changent. Il se rétracte inégalement, sa base remonte vers le sixième espace intercostal, en même temps que le sommet s'affaisse légèrement. Chez les animaux en expérience, on peut empêcher ces accidents, en tubant le larynx, et en maintenant dans les bronches une pression d'air stérilisé égale à 1 à 3 centimètres de mercure. On maintient ainsi en contact les deux surfaces pleurales et on évite la gêne circulatoire intra-pulmonaire.

Lorsqu'il existe des adhérences pleurales, comme cela a lieu le plus souvent dans les lésions pulmonaires, le pneumothorax n'est que partiel et est loin de s'accompagner d'accidents aussi graves. — H. M.

## ACTUALITÉS

### Banquet de M. H. Huchard

Plusieurs de nos lecteurs nous ayant demandé de reproduire le toast porté à ce banquet, au nom des médecins de province, nous nous empressons de nous rendre à ce désir. — N. D. L. R.

TOAST DE M. LE Dr FIESSINGER (d'Oyonnax)

Voici qu'au fond de mes montagnes, par-dessus les cimes, les rocs et les forêts de sapins, voici que m'est arrivée la bonne nouvelle il y a quelque sept semaines et par un temps affreux. Et le télégramme qui m'annonçait votre triomphe, cher maître, étant ouvert, je n'ai plus maudit les rafales de neige, qui allaient couper les chemins de mes villages et, un peu plus, j'aurais trouvé que rien n'est si gai que le mauvais temps, car c'est toujours une illusion de notre nature que de déclarer tout bien quand nous sommes heureux.

Et ce n'est pas seulement moi qui me suis réjoui. Je connais mes confrères et réponds pour eux. Croyez bien qu'à l'unanimité et sans mot d'ordre, spontanément du fond du cœur, ils ont applaudi à ce vote unique par lequel l'Académie vous a appelé parmi elle avec une majorité de suffrages inconnue jusque là.

C'est que vous possédez, mon cher maître, pour le praticien des qualités qui ne s'estiment jamais à un prix assez rare. Dans ce journal que vous avez fondé à leur usage et auquel vous avez adjoint leur nom, le *Journal des Praticiens*, comme le titre l'intitule, vous vous êtes prodigué sans compter et, mieux est, votre vaillance a porté fruit.

Sous une forme alerte, limpide, personnelle, vous avez promené le lecteur dans le champ de la thérapeutique et il n'est pas un de vos articles qui n'ait eu pour effet d'arracher de ce champ une herbe parasite, je veux dire une erreur de traitement et de la remplacer, cette herbe parasite, par le grain d'où jaillissent les médications véritablement efficaces.

Le principe actif que jadis Paracelse et Van Helmont s'étaient évertués à isoler dans des laboratoires tout resplendissants de leur passion de chercheurs opiniâtres et qui avaient la foi, ce principe actif, vous l'avez manié en maître qui sait se faire obéir et forcer un médicament à dégager les vertus qu'il recèle. Après avoir confirmé les recherches de M. le professeur Potain, vous avez démontré la supériorité de la digitaline cristallisée sur les anciennes préparations de digitale et vos arguments s'appuyaient sur des faits tellement péremptoires que les cliniciens les plus réfractaires à vos idées ont dû les accepter et se sont soumis à l'évidence.

C'est là une victoire, n'est-ce pas? Mais combien d'autres et plus belles celles-là : la trinitrine, la caféine, la théobromine que vous faites pénétrer dans la pratique, puis le démembrement de l'urémie au profit des dyspnées toxiques d'origine alimentaire, le traitement de celles-ci, la pathogénie et le traitement des angines de poitrine, la décou-

Digitized by Google

verte des myocardites infectieuses aiguës qui remonte à 1870, et ce monument pathologique, l'artério-sclérose avec la description qui s'y rattache des cardiopathies artérielles, monument d'abord contesté, érigé aujourd'hui en entité nosologique classique et différant de toutes les maladies neuves inaugurées d'hier par la place féconde qu'il réserve à la thérapeutique. Le traitement a voix au chapitre là dedans ; il ne se fait pas humble muet, il intervient, il proteste, dénonce les dangers d'une alimentation défectueuse et, alors que tous ses efforts restent inutiles dans tant d'autres maladies de création récente, il arrive dans celle-là à diminuer la gravité du pronostic, à reculer, à empêcher même l'échéance fatale. Pour personne ce n'est là un résultat à dédaigner ; pour nous moins que tout autre.

Les praticiens de campagne n'ont en effet d'autre satisfaction que la guérison de leurs malades ; ils ne possèdent ni clinique, ni élèves. Face à face avec leurs paysans et sans témoin pour apprécier la perspicacité de leur diagnostic, ils collent sans doute une étiquette sur la nature de la maladie, seulement cette étiquette n'a pas besoin d'être précise. Un nom très vague de maladie suffit à la curiosité du malade, mais une guérison pas vague du tout, voilà ce qu'il réclame. Et si nous la lui faisons obtenir, c'est en grande partie à vous que nous le devons. Votre pratique est devenue la nôtre : du mieux que nous le pouvons, nous nous inspirons de vos conseils. Et voici d'où vient la diffusion si large de votre enseignement. Vous avez le sens clinique sûr de soi, la vision directe et aiguë du fait observé, l'analyse patiente et minutieuse, la compréhension qui coordonne les détails en un ensemble synthétique, mais, à côté de ces qualités très hautes, vous en possédez une plus haute encore, c'est la conviction, c'est l'enthousiasme, c'est la foi thérapeutique.

Dans notre monde sceptique, vous l'avez conservée et c'est parce qu'elle émane de vous en affirmations énergiques qu'elle imprègne vos écrits, vos livres, vos leçons, c'est à cause de cela qu'elle se communique à vos élèves cette foi merveilleuse qui rappelle celle des vieux maîtres.

Aujourd'hui, c'est toute cette existence intelligente et de labeur ininterrompu que nous fêtons avec vous sous la présidence de ce maître incomparable et universellement vénéré qu'est M. le professeur Potain.

L'élite de la médecine parisienne vous entoure, des maîtres sont accourus de la province, et, parmi eux, je voulais saluer M. le professeur Renaut (de Lyon), dont le génie investigateur anime l'anatomie pathologique, la fait vivre, tire d'elle des déductions cliniques neuves et qui restent.

A côté de ces grands noms dont ceux qui les portent sont vos amis, que pèsent des inimitiés passagères ! Au surplus, n'oubliez pas que vous avez pour vous non seulement les maîtres, mais les élèves, les praticiens, ceux des villes et ceux des bourgades. C'est au nom de ces derniers que ma parole vous est adressée.

Mais cette parole, pour modeste qu'elle soit, je suis sûr qu'elle trouvera un écho dans le cœur de mes braves confrères de campagne, et le soir rentrés chez eux, la carriole rangée dans la remise et le cheval dirigé vers l'écurie, quand, installés a leur bureau ils déplieront la bande du *Journal des Praticiens* et liront le témoignage de haute estime scientifique qu'ont tenu à vous rendre aujourd'hui les maîtres de la médecine française, ils s'écrieront, je les vois d'ici, enthousiastes etémus : « Bravo, il y a longtemps qu'il avait mérité ça ».

Messieurs, je lève mon verre en l'honneur de M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine.

## CORRESPONDANCE

A MM. Deguy et Flœrsheim, *secrétaires de la Rédaction du Journal des Praticiens.*

J'ai déjà remercié individuellement tous les organisateurs du banquet que mes amis et élèves ont bien voulu m'offrir le 26 janvier. Mais, cette organisation a été si parfaite que je viens vous prier de leur faire parvenir encore par notre journal, l'expression de ma bien vive et bien affectueuse reconnaissance.

Henri Huchard.

Paris, le 30 janvier 1897.

## BIBLIOGRAPHIE

**L'Hygiène de l'Obèse**, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et M. A. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. 1 vol. à la *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, chez Masson.

Des diverses maladies de la nutrition, l'obésité est certainement celle dont le traitement est le plus directement du ressort de l'hygiène. La médication ne vient qu'en seconde ligne : il ne suffit pas, du reste, de devenir maigre plus ou moins rapidement, il ne faut pas engraisser de nouveau et c'est encore à l'hygiène qu'il faut faire appel pour conserver les résultats acquis.

Après des considérations sommaires de pathologie et une étude plus étendue de l'étiologie et de la pathogénie, les auteurs exposent, dans tous leurs détails, les plus importantes des méthodes hygiéniques conseillées pour le traitement de l'obésité ; ils donnent le tableau complet des tentatives faites et des systèmes encore en présence actuellement. MM. Proust et Mathieu donnent ensuite le traitement hygiénique de l'obésité ; contrairement à Pfeiffer, ils conseillent la méthode lente et progressive, appropriée à la taille, à l'âge, au tempérament et au sexe. En regard des formules abstraites de ration alimentaire, ils ne se sont pas contentés de mettre des tables donnant la composition des principaux aliments, mais ils ont montré, par des exemples, comment on peut établir rapidement des cartes culinaires correspondant à ces formules. Le volume se termine par un exposé du traitement médicamenteux et thermal de l'obésité, et étudie surtout la médication thyroïdienne, la dernière venue et la plus intéressante.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 357, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Necker.* — M. Routier

## Occlusion intestinale

La rentrée dans nos salles de cette malade couchée au n° 9 me permet de revenir sur un sujet qui m'est cher, sur l'occlusion intestinale. Cette femme, âgée de 58 ans et qui n'a pas trop mauvais aspect, porte au niveau de la fosse iliaque gauche un anus contre nature que j'ai établi ici même le 14 mai 1894.

Elle porte en outre une longue cicatrice médiane, assez médiocre, car elle est le siège d'une assez forte éventration ; c'est encore moi l'auteur de cette cicatrice qui date de la même époque, et que je puis par conséquent me permettre de critiquer, mais vous serez indulgents, je l'espère, quand je vous aurai conté son histoire.

Cette femme était entrée dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 14 mai 1894, parce que depuis deux jours elle ne pouvait plus rien prendre, et que non seulement elle vomissait tout ce qu'elle essayait d'ingurgiter, mais encore parce que ses vomissements ressemblaient à des matières fécales.

Cette pauvre femme était dans un tel état qu'elle ne savait ou ne pouvait donner aucun renseignement, cependant on finissait par apprendre que depuis 12 jours, retenez bien ce chiffre, elle n'avait rendu par l'anus ni matières ni gaz.

La langue était sèche, le pouls petit à 120, le ventre extrêmement ballonné, sonore partout ; de cette sonorité à timbre aigu que nous désignons du nom de tympanique.

La douleur, sans être vive nulle part, était la même partout, et il me fut impossible de trouver un point particulièrement sensible.

Le toucher rectal ne m'apprit rien, l'ampoule était vide;

Le toucher vaginal ne donnait rien non plus de spécial sinon que le col de l'utérus était effacé, disparu, comme chez une femme ayant atteint l'extrême vieillesse.

A côté d'elle on voyait un bassin rempli de ses vomissements absolument fécaloïdes.

Il était facile de faire le diagnostic occlusion intestinale, mais quelle en était la cause, là vraiment on était arrêté.

C'est dans ces conditions que M. le professeur Dieulafoy me la confia. L'intervention immédiate s'imposait si on ne voulait pas laisser mourir cette femme, à vrai dire, cette intervention ne présentait pas de grandes chances de réussite, mais dans ces cas, j'ai pour habitude de ne pas penser à ma statistique, l'intérêt du malade prime tout, et quelque petite et minime que soit la chance qu'on peut lui offrir, j'estime qu'il est du devoir de tout bon chirurgien de ne pas reculer.

J'ajoute que cette pratique a déjà porté ses fruits, et qu'en dehors de la femme que je puis vous représenter aujourd'hui, trois ans après notre opération, je compte un certain nombre de malades revenus de fort loin, grâce à mon intervention faite quelquefois *in extremis*.

Je fis donc à cette malade, le 14 mai, une laparotomie médiane, si j'adoptai cette incision, c'est précisément parce que nous n'avions pas de diagnostic ferme, et que sur la ligne médiane on est placé de façon à pouvoir aborder toutes les régions de l'abdomen.

Dès que le péritoine fut incisé, il s'écoula en assez grande abondance un liquide séro-purulent rougeâtre, avec des traînées noires; la présence de ce liquide nous avait été masqué en clinique par la distension énorme des anses intestinales.

L'épiploon tendu, congestionné, bridait le paquet intestinal, car il était adhérent par en bas du côté du petit bassin.

J'allai avec le doigt reconnaître ces adhérences, cherchant à les rompre, quand l'épiploon fut ainsi libéré, je le liai pour en reséquer une partie.

Tout l'intestin grêle était distendu, j'allai du côté du cœcum, qui lui aussi était rempli de gaz, de même le colon transverse, de même l'S iliaque ; l'obstacle siégeait donc plus bas, et commandait par conséquent l'anus contre nature, car cet obstacle, je ne le voyais pas et ne pouvais pas l'atteindre.

Il me semblait d'une part qu'il y avait des adhérences dans le petit bassin derrière l'utérus, et, d'autre part, l'S iliaque n'était pas mobilisable et ne pouvait être amenée jusque sur la ligne médiane où je l'aurais fixée et ouverte.

Pendant ces manœuvres, une anse distendu du grêle faillit se rompre, sa tunique séreuse éclata, et je fis sur cette déchirure le point de suture de Lambert.

En face de ces difficultés, je pratiquai sur le flanc gauche une incision permettant de mettre l'S iliaque à l'extérieur, pour l'y maintenir, je traversai son méso avec une sonde en caoutchouc.

Cela fait, je fis une toilette soignée mais rapide du péritoine, et fermai mon incision médiane ; la suture vous le comprendrez ne fut pas des plus soignées, la paroi était en outre des plus médiocres, aussi a-t-elle fait une éventration.

La plaie médiane fermée et bien protégée par un pansement, l'S iliaque fut ouverte au thermo-cautère, il s'écoula immédiatement un flot de matières verdâtres en purée, et de paquets de graine de lin.

Les suites, contrairement à ce qu'on aurait pu redouter furent assez simples, le lendemain elle avait 37° et 114 pulsations, l'anus iliaque donnait beaucoup, le ventre s'affaissait, la langue s'améliorait.

Bref, elle quittait Necker le 14 juillet avec un anus contre nature, mais en très bon état.

Elle a repris ses occupations, et s'est assez bien portée jusqu'à ces jours derniers ; elle nous est revenue le 16 janvier parce qu'elle avait rendu par son anus naturel une assez grande quantité de sang.

Or, depuis son opération, elle n'avait rien rendu par là.

Digitized by Google

Cet écoulement de sang par l'anus normal joint à ce que j'ai senti il y a près de trois ans, cette plénitude du petit bassin, et le défaut de mobilité de l'S iliaque, enfin une sensation que le rectum est rétréci quand on pratique le toucher aussi profondément que possible, en voilà assez pour dire néoplasme du rectum.

Elle vient de faire une double phlegmatia alba.

Rapprochez cette malade de la femme qui vient de quitter le service et qui nous avait été passée par notre collègue Barth le 6 janvier dernier : Elle aussi avait tous les symptômes de l'occlusion intestinale, mais pour toute autre cause.

Quinze jours auparavant, elle avait pris froid, et tout de suite avait senti de violentes douleurs dans le ventre, accompagnées de fièvre et de frissons.

Les fonctions intestinales s'étaient arrêtées et depuis plusieurs jours, (elle ne savait pas préciser exactement), mais probablement depuis huit jours elle n'avait rendu ni selles ni gaz par l'anus.

Le ventre était très ballonné, les anses intestinales se dessinaient sous la paroi, la sensibilité était la même partout ; elle vomissait des matières verdâtres, la langue était sèche, le pouls misérable, rapide à 120, elle avait 39°.

Le toucher vaginal était ici plus instructif, on sentait, en effet, derrière l'utérus, une masse certainement fluctuante.

La malade fut endormie, et j'ouvris son cul-de-sac vaginal postérieur, il s'écoula d'abord un flot de liquides citron comme de l'urine, mais mon doigt pénétrant par la plaie vaginale me permettait de crever une poche située plus haut et aussitôt un litre et demi environ de pus infect faisait irruption au dehors.

Ce pus avait l'odeur nanséabonde spéciale due au coli-bacille.

Un grand lavage fut pratiqué avec la solution de permanganate, deux drains et une mèche placés derrière l'utérus.

Dès le lendemain la situation avait changé du tout au tout, les gaz passaient par l'anus, les vomissement étaient arrêtés, la température baissait à 37°, le pouls tombait à 80, et en vingt jours la malade a été sur pied.

Voilà deux cas d'occlusion dus, comme vous le voyez, à deux causes bien différentes : un néoplasme intestinal d'une part, la compression exercée par un abcès rétro-utérin d'autre part.

Il serait facile de multiplier les exemples, je pourrais vous citer plusieurs faits semblables au dernier, un cas d'occlusion dû à un fibrome utérin énorme que je dus opérer d'urgence par l'hystérectomie abdominale totale, et bien d'autres.

Mais dans bien des cas, l'occlusion n'est due ni à une compression de l'intestin, ni à une tumeur obstruant son calibre, l'inflammation de la séreuse péritonéale, la péritonite sous toutes ses formes suffisent pour provoquer l'occlusion par paralysie intestinale, et l'occlusion est aussi complète.

Vous l'observez dans la péritonite tuberculeuse, dans la péritonite post-opératoire et aussi dans la péritonite due à l'inflammation de l'appendice, de sorte que dans les cas où le cancer nous échappe absolument, où, malgré toutes vos investigations les plus minutieuses, vous n'arrivez pas à trouver l'obstacle, je crois qu'il faut penser à l'appendicite ; ce que j'ai dit ailleurs sous une autre forme ; toutes les fois que vous vous trouvez en face d'une péritonite dont vous ne trouvez pas la cause, affirmez l'appendicite et comportez-vous en conséquence.

# CLINIQUE MÉDICALE

## Sur le diagnostic de la psittacose

Par M. Blanquinque,
*Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Laon.*

La fièvre typhoïde est une des affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre la psittacose ; certaines coïncidences étiologiques peuvent rendre le diagnostic différentiel très difficile si on n'a pas recours à la séro-diagnose. Comme le faisaient remarquer MM. Vidal et Sicard à la Société de biologie (séance du 28 novembre 1896), la réaction agglutinante permet de distinguer très facilement le bacille d'Eberth de celui de Nocart.

C'est ce procédé qui m'a permis de faire un diagnostic ferme dans les trois cas dont je vais rapporter brièvement l'observation à l'Académie de médecine.

Observation I. — La première malade, une jeune fille de vingt ans, habitant avec sa famille les environs de Laon, s'est plainte, le 19 novembre, de courbature, céphalalgie, avec anorexie et diarrhée datant de quatre ou cinq jours.

Le 20, après un purgatif léger, évacuation de selles fétides, ballonnement du ventre, sensibilité dans les deux fosses iliaques. 38°,8 et 132 pulsations.

Le 21, c'est-à-dire le troisième jour, la température monte à 40° et le pouls à 120. Je constate deux petites taches rosées autour de l'ombilic et une autre au-dessus du pli de l'aine.

Je diagnostique une fièvre typhoïde grave à cause de la fréquence du pouls et de la brusquerie de l'invasion.

Prescription : enveloppement au drap mouillé, chlorhydrate de quinine, lait, etc.

Le 23, délire intense pendant la nuit, le pouls est cependant descendu à 110 et le thermomètre à 38°,5.

Le soir, vers 7 heures, apparition de symptômes alarmants : pouls filiforme, état syncopal, céphalalgie, tintement d'oreilles, perte de connaissance. Le frère de la malade, qui est étudiant en médecine, pratique, à quelques minutes d'intervalles, une injection hypodermique de caféine et trois d'éther. La température rectale descend à 36°,8. On pouvait penser à une hémorragie intestinale, mais le ventre était peu ballonné, il n'était pas douloureux, la percussion ne révélait aucune matité ; enfin nous étions encore dans le premier septénaire ; d'ailleurs, à 10 heures du soir, la coloration du visage avait reparu et il n'y avait pas d'évacuation sanglante.

Dans la nuit, ces accidents reparurent, effrayant beaucoup la

Digitized by Google

malade, qui se sentait mourir et disait ne plus voir clair et ne pouvoir parler.

Le lendemain elle ne se rappelait plus rien de ce qui s'était passé la nuit ; encore quelques propos incohérents; le thermomètre remontait à 38°,2 le matin et 38°,8 le soir.

L'apparition des règles dans la nuit du 25 au 26 paraît avoir été une crise salutaire ; la température tombe à 38° et le pouls à 100. A partir du 27, la convalescence commence, c'est-à dire au bout de huit à dix jours, et le thermomètre oscille pendant quelques jours encore entre 37° et 37°,5, le pouls restant à 80. L'albumine, très abondante le jour des syncopes, disparaît complètement ainsi qu'une petite toux sèche sans signes stéthoscopiques.

Cette convalescence fut très longue, la malade a maigri de six kilos ; elle n'était pas encore tout à fait remise dans les premiers jours de janvier 1897.

Ainsi, voilà une fièvre infectieuse qui monte à 40°2 et à 140 pulsations le 3e jour, pour entrer en défervescence vers le 10e jour. Je constate le 3e jour quelques taches rosées, et le 5e apparaissent des accidents simulant une hémorragie intestinale; la rate était sensible et hypertrophiée, il y avait de la diarrhée avec une langue toujours humide ; tout cela était bien des symptômes de fièvre typhoïde, mais la marche en était bien anormale. D'autre part, j'avais cherché dans l'eau de consommation la cause de la maladie et l'analyse de cette eau, provenant d'un puits peu profond situé dans le jardin, n'avait pas donné de résultat bien net. On n'y avait trouvé que le bactérium coli sans pouvoir affirmer la présence du bacille d'Eberth.

Je dois ajouter qu'il n'y avait aucune fièvre typhoïde dans la commune.

Pendant le cours de la maladie, j'appris que, le 18 octobre, on avait acheté à un marchand ambulant deux perruches, dites inséparables, et d'autres petits oiseaux, qu'une de ces perruches était morte le 1er novembre et que la jeune malade, chargée de l'entretien des oiseaux, avait caressé, embrassé cette perruche avant et après son décès, mais elle ne lui avait jamais donné à manger de bouche à bec.

Le 8 novembre, son frère, Ernest G..., avait acheté sur les quais et avait rapporté dans sa famille une perruche du Brésil et un jeune perroquet. Cet oiseau avait mauvais aspect, ses plumes hérissées, ses ailes tombantes, une diarrhée persistante lui donnaient une mise assez piteuse.

Le 15, un petit oiseau (capucin) était trouvé mort dans la cage commune installée dans la salle à manger de la famille.

Tout cela n'était pas très convaincant au point de vue de la psittacose, et je me promis de demander à M. Nocart de faire l'examen bactériologique des oiseaux qui viendraient encore à mourir. Avant que j'aie pu mettre ce projet à exécution, la mère et un des frères de cette première malade s'alitaient à leur tour.

Obs. II. — Mme X..., âgée d'une cinqantaine d'années, fatiguée par les soins donnés à sa fille et par des inquiétudes diverses, se plaint depuis le 23 novembre de fièvre, de dyspnée, avec point de côté, d'abattement avec céphalalgie ; elle a la diarrhée depuis huit jours. Dès le 25, le thermomètre monte à 39°,5 et le pouls à 130. Je trouve ce jour-là quelques râles sibilants disséminés dans les deux bases. Le lendemain, 40°,5 et 120 pulsations, diarrhée assez abondante ; pas de taches rosées, rate hypertrophiée, non sensible.

Le 28 on peut constater bien nettement les signes d'une broncho-pneumonie de la base gauche avec bronchite généralisée. L'abattement est considérable, les sueurs abondantes. La langue humide et saburrale, puis rosée, ne devient jamais ni sèche ni fendillée.

L'urine contient 0 gr. 35 d'albumine.

La broncho-pneumonie, caractérisée par du souffle voilé, des râles crépitants à grosses bulles, de la submatité, atteignit plus tard le sommet et la base droits.

Le thermomètre, après être resté pendant neuf jours au-dessus de 39°, descendit le treizième jour à 37°,5 pour remonter cinq jours après à 39° et 39°,5, le pouls restant entre 120 et 130. La convalescence ne s'établit définitivement que vers le 20 décembre au bout d'un mois.

Cette malade, pendant la période la plus grave de sa maladie, eut une grande prostation avec faiblesse du pouls et sensation d'une mort prochaine, symptômes que j'ai observés en 1893 chez plusieurs malades atteints du typhus.

Dans cette deuxième observation, il n'y avait guère de signes de fièvre typhoïde et il semblait bien qu'on était en présence d'une broncho-pneumonie infectieuse semblable à celles observées en 1892 chez les personnes ayant acheté des perruches malades, affections sur la nature desquelles les premiers observateurs (Dubief, Gaston, Rendu, Peter) ont hésité jusqu'à la découverte par Nocart du bacille de la psittacose.

Voici maintenant la troisième observation :

Obs. III. — Ernest G..., vingt-huit ans, étudiant en médecine, qui a prodigué ses soins à sa mère et à sa sœur, constate, le 28 novembre qu'il a 39°,6 le matin et 40°,4 le soir. Depuis plusieurs jours, il avait de la diarrhée, avec une légère céphalalgie péri-orbitaire ; il dîne néanmoins en famille et ne se couche que le soir.

Le 29, il se lève encore une partie de la journée malgré ses 40° de température; la langue est saburrale et la rate un peu développée. Pendant trois jours épistaxis assez abondantes ; l'urine contient 1 gr. 35 d'albumine.

Jusqu'au 10 décembre, le thermomètre oscille entre 39° et 40° sans aucun accident ataxique ; à part une petite toux sèche et une grande faiblesse et pendant deux jours une sensation de vide avec défaillance, il n'y eu aucun symptôme alarmant et la défervescence commença le quinzième jour. — Le malade a perdu 11 kilogrammes.

Je n'insiste pas sur le traitement qui a consisté, comme chez les deux autres malades, en quinine, strychnine, quinquina, antiseptiques de l'intestin, affusions froides chez la mère et enveloppement au drap mouillé chez les deux autres ; là n'est pas l'intérêt de ces observations.

Chez ce jeune étudiant, la courbe thermométrique était bien celle de la fièvre thyphoïde et je ne vois à signaler que la montée brusque du thermomètre, l'aspect de la langue toujours humide et le léger collapsus signalé plus haut.

Digitized by Google

J'ai raconté précédemment qu'une perruche et un capucin étaient morts les 1er et 15 novembre. Le 28, un bouvreuil succombait également et je le fis envoyer à M. Nocart qui ne trouva la bactérie de la psittacose ni dans le sang, ni dans la rate, ni dans la moelle osseuse de cet oiseau. Le 2 décembre, la deuxième perruche meurt et on l'expédie à Alfort, et, pour que l'enquête soit complète, j'y joins, le 10 décembre, la perruche du Brésil et le perroquet qui continue à être malade.

M. Nocart, avec son obligeance habituelle, me répond le 15 décembre qu'il a étudié avec beaucoup de soins les divers oiseaux et que ni le bouvreuil, ni les perruches, ni le perroquet mort à Alfort ne renferment dans leur sang ou leurs organes la bactérie de la psittacose ou d'autres microbes.

Devant ces résultats négatifs, il fallait bien abandonner le diagnostic de psittacose. Pour lever complètement le doute qui régnait encore dans mon esprit, surtout pour la malade atteinte de broncho-pneumonie, je priai le Dr Widal de vouloir bien faire l'épreuve de la sérodiagnose.

M. Sicard, son élève et son collaborateur, vint lui-même recueillir quelques gouttes du sang de ces 3 malades et l'examen par la sérodiagnose, fait au laboratoire de M. le Dr Widal, démontra que les deux jeunes gens avaient eu la fièvre typhoïde; quant à la mère, son sérum ne réagissant ni sur le bacille d'Eberth, ni sur celui de la psittacose, elle avait eu une grippe ou une broncho-pneumonie quelconque.

Voilà donc 3 malades atteints en quelques jours de fièvre infectieuse après l'arrivée dans la maison de perruches et d'un perroquet malades; ces oiseaux succombent et, en dernière analyse, on découvre qu'il n'y a là aucune relation de cause à effet, que c'est une simple coïncidence.

Cela prouve bien qu'il ne faut pas conclure trop vite à la psittacose et que le diagnostic ne peut être établi d'une façon définitive et irréfutable que par la sérodiagnose ou par l'examen bactériologique des oiseaux incriminés.

# ETUDE DE CLINIQUE CHIRURGICALE

## Les kystes hydatiques du fémur

Par M. le Dr Flœrsheim,
*Ancien interne des hôpitaux.*

Avant 1882, on ne trouve sur la question des kystes hydatiques osseux que des faits épars, notamment ceux de Roussin, Virchow, Hahn, etc... En 1882, paraît la première monographie sérieuse, l'article de Heydenreich du Dictionnaire Dechambre; enfin, en 1886, Gangolphe, avec sa thèse d'agrégation, semble avoir si bien fixé la question qu'elle n'a guère évolué depuis lors.

Parmi les kystes hydatiques osseux, ceux du fémur sont très rares, puisque Gangolphe n'en a pu réunir que six cas; le Dr Bron (*Th. doct.*. 1896) en a recueilli trois nouveaux, notamment un qu'il a pu observer dans le service de M. Monod, et qui sert de base à son étude.

L'envahissement du fémur par les kystes hydatiques semble être toujours primitif, et les extrémités osseuses sont prises plus particulièrement, puisque sur les neuf cas connus, huit fois le début de la maladie se produisit dans l'épiphyse. Quant aux vésicules, elles sont généralement petites, occupant des loges distinctes dans le tissu spongieux, tendant finalement à produire ce travail de destruction qui réduit le tissu osseux à l'état de lamelles transparentes et friables.

Il est évident qu'en présence de kystes hydatiques, la cohabitation avec des chiens reste toujours la notion étiologique qu'on recherche ; pourtant, dans aucun des cas de kystes hydatiques du fémur, il n'a été possible de trouver des preuves de cette assertion. Ce qui est plus certain, c'est le rôle fréquent du traumatisme (chute, coup, etc.) qui n'agit, bien entendu, que comme cause occasionnelle, en provoquant une sorte d'appel au niveau du point lésé.

C'est entre trente-cinq et quarante ans, chez l'homme de préférence, qu'on observe les kystes hydatiques du fémur et l'envahissement se fait soit par voie lymphatique, par l'intermédiaire du canal thoracique et du système cave supérieur, soit par voie sanguine, après absorption intestinale dans les radicules de la veine-porte.

Pourquoi, dit le Dr Bron, les kystes hydatiques du fémur sont-ils plus rares que ceux des autres os? « Sans doute à cause de la distance à parcourir pour l'embryon hexacanthe, à cause de l'éloignement plus grand du foie et du poumon. Sans doute aussi parce que la vascularisation est moins considérable dans l'épiphyse supérieure du tibia, par exemple. »

Le début de la maladie peut être latent, le malade vaque à ses occupations jusqu'au jour où une fracture spontanée se produit. — Il n'en est pas ainsi ordinairement, et l'on note presque toujours des signes qui, à vrai dire, n'ont rien de pathognomonique, et ne peuvent guère faire songer à une affection aussi rare que l'est le kyste hydatique du fémur ; ces signes sont : de la gêne des mouvements, de la raideur musculaire, avec faiblesse du membre, un peu plus de douleur pendant la marche que pendant le repos, quelquefois de la claudication; mais comme la santé générale reste bonne, il est impossible de songer au véritable diagnostic, jusqu'au jour — qui peut être éloigné de plusieurs années du début de la maladie — où deux grands symptômes surviennent et donnent l'éveil : la *tuméfaction de l'os* et la *fracture spontanée*; quand au *frémissement hydatique*, qui serait pathognomonique, on ne l'a jamais rencontré.

La tuméfaction est arrondie, de consistance dure, indolente spontanément ou à la pression; la peau est intacte, comme coloration et comme température; et il est rare de sentir la crépitation parcheminée — que nous avons

Digitized by Google

pu percevoir pourtant dans un cas de kyste hydatique des os du bassin que nous publierons prochainement —. Ces signes du début de la tuméfaction peuvent changer plus ou moins rapidement, et, à mesure que la maladie évolue de l'intérieur à l'extérieur, on arrive à sentir, après rupture de la coque osseuse, un rebord dur à la base de la tuméfaction; les parties molles finissent rarement par s'ulcérer spontanément et l'évacuation des séquestres ne se montre guère qu'à la suite de traumatismes ou de ponctions.

Quant aux fractures spontanées, elles se produisent sous l'influence des causes les plus banales; dues à la raréfaction du tissu osseux, elles n'ont aucune tendance à la consolidation et la pseudarthrose est la règle.

Souvent, on note des fragments nombreux, irréguliers et déterminant une suppuration dont l'ablation des séquestres osseux peut seule avoir raison.

Bien entendu, la ponction donne le renseignement le plus sérieux, en révélant dans le liquide des crochets d'échinocoques; mais généralement, avant qu'on n'ait songé à la pratiquer, ou que l'issue des vésicules ne se soit produite, le chirurgien commet une erreur de diagnostic et songe de préférence à de la coxalgie, de l'arthrite, des abcès froids, à un ostéo-sarcome, etc... Erreurs de diagnostic excusables, puisque les deux signes qui seraient pathognomoniques, frémissement hydatique et crépitation parcheminée ne se rencontrent jamais ou presque jamais.

L'évolution de la maladie est excessivement lente, mais elle est progressive et fatale; il n'y a pas de cas de guérison spontanée. Souvent des complications se produisent, envahissement articulaire, développement du kyste en d'autres parties du corps, ouverture de la poche et phénomènes infectieux; généralement la mort survient par pyohémie, et souvent malgré l'intervention opératoire, puisque sur les 9 cas connus, il n'y a que deux guérisons après traitement chirurgical.

Quoi qu'il en soit, ce dernier doit être prompt et la vie du malade dépend de la rapidité à la fois du diagnostic et de l'intervention.

Il faut bannir résolument les ponctions qui ne servent qu'à produire des phénomènes de résorption putride, et toutes les injections, au sublimé, à la teinture d'iode, au permanganate de potasse, etc... qui peuvent stériliser le kyste, mais n'en modifient guère les parois, En un mot, il faut faire de la chirurgie, détruire le mal, en empêcher la reproduction. Bérard avait conseillé d'arracher la membrane du kyste; c'est un moyen insuffisant et peu sûr, car l'arrachement simple peut laisser en place une certaine quantité de débris membraneux.

*Si le foyer est limité*, ouverture large de la poche kystique, curetage sérieux, fouillant toutes les loges, ne s'arrêtant qu'eu tissu sain, car les récidives sont à craindre. Ne pas se borner au curetage, mais cautériser profondément la zone voisine du kyste, pour en réveiller les propriétés ostéogéniques et limiter le mal. *Si le foyer est étendu*, le chirurgien ne peut avoir recours qu'à deux procédés opératoires graves, l'amputation lorsque le membre n'est pas atteint dans sa totalité, la désarticulation de la hanche dans le cas contraire.

On devra s'attacher à faire perdre au malade le moins de sang possible (forcipressure, compression digitale de l'aorte, bande d'Esmarch, etc...); on utilisera efficacement, si besoin est, les injections de sérum post-opératoires.

# THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## Traitement des kératites interstitielles

Par le Dr Rochon-Duvigneaud
*Ancien chef de clinique de la Faculté*

Voici une affection oculaire fréquente dont la principale caractéristique au point de vue étiologique et thérapeutique, est de se développer sous l'influence de diathèses essentiellement différentes, tantôt la syphilis héréditaire, tantôt la scrofule, tantôt d'autres états généraux plus ou moins nettement déterminés.

Il y a donc, au point de vue du traitement, non pas *une* mais *des* kératites interstitielles. En d'autres termes, suivant sa cause déterminante, l'affection est justiciable de telle ou telle médication générale.

Le traitement local étant dans ces kératites, fort simple, sauf complications particulières, les jeunes malades pourront être presque toujours laissés aux mains des praticiens, puisque le traitement général repose sur le diagnostic de la diathèse et qu'il est dans l'espèce, tout à fait prépondérant.

Les kératites interstitielles, quelles que soient leurs causes, sont caractérisées par une infiltration opalescente des cornées sans lésions importantes du revêtement épithélial. Les opacités, siégeant dans l'épaisseur des lames cornéennes, peuvent finir par occuper toute l'étendue de la membrane qui prend alors l'aspect opalescent de la porcelaine et rendent le malade momentanément aveugle. Puis une vascularisation très serrée, ayant l'aspect du velours rouge, s'établit en un ou plusieurs points du pourtour de la cornée, envahit peu à peu les parties opalescentes, gagne ainsi de proche en proche en abandonnant les régions qu'elle a primitivement envahies et qui, dès lors, s'éclaircissent et redeviennent transparentes.

Ainsi la formation d'un lacis capillaire est la condition de guérison dans les kératites interstitielles, du moins quand il s'agit de cas intenses; car, dans les cas légers, les opacités se résorbent très bien sans aucune formation de vaisseaux.

Alors que ces dernières formes bénignes, où la cornée reste en partie transparente et se vascularise peu ou pas, guérissent généralement sans laisser de traces, il n'en est pas toujours de même dans les cas intenses qui peuvent être vraiment graves et cela pour deux raisons : 1° l'infil-

Digitized by Google

tration cornéenne peut déterminer un tel ramollissement de la membrane que celle-ci prend une forme conique et et que le sommet du cône reste *définitivement* opaque (taie centrale); 2° l'inflammation généralement limitée à la cornée peut, dans certains cas, gagner l'iris, le corps ciliaire et probablement toutes les membranes profondes de l'œil, déterminant des synéchies d'abord, puis un ramollissement du globe (hypotonie), symptôme grave qui indique l'invasion du corps ciliaire et constitue une menace de phtisie. L'affection ne doit plus, évidemment, être désignée, dans ce cas, sous le nom de kératite interstitielle elle est devenue une *irido-cyclite*; mais en pareil cas la cornée est toujours atteinte la première et ne guérit pas tant que les membranes profondes sont encore enflammées.

La kératite intertitielle se développe sans cause extérieure, toujours chez des sujets jeunes, entre dix et vingt ans, rarement plus tard. Elle est presque constamment binoculaire, mais pas toujours simultanée sur les deux yeux. Lorsqu'un œil se prend, il faut tout d'abord annoncer au malade que le second se prendra presque fatalement. La durée de la maladie est toujours longue : il faut des mois et des mois pour que la cornée s'éclaircisse. Le médecin et le malade doivent s'armer de patience et cela d'autant plus que des récidives peuvent quelquefois survenir.

*Traitement.* — Le *traitement local* doit consister uniquement à maintenir la propreté des culs-de-sac et des cils par la simple eau boriquée chaude et à favoriser les échanges nutritifs de la cornée par l'emploi de la chaleur (*compresses d'eau chaude* maintenues 1 à 2 h. par jour). Eviter toutes les pommades irritantes et notamment la *pommade jaune*. Mais, dès le début de la maladie, il faut dilater la pupille par l'*atropine* et la maintenir dilatée jusqu'à la période de déclin par des instillations quotidiennes. On évitera fréquemment ainsi les complications iriennes. Faire porter non pas un bandeau, mais des lunettes fumées.

*Traitement général.* — On comprend facilement que son action soit prépondérante dans une affection qui n'est évidemment qu'une manifestation locale d'un état général.

Les kératites interstitielles furent considérées par Hutchinson comme étant constamment une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. Mais dès ses premières études sur la question, M. Panas comprit que l'opinion d'Hutchinson était trop absolue et il fit de la kératite interstitielle le symptôme local d'une dyscrasie pouvant avoir des causes diverses, fréquemment sans doute la syphilis héréditaire, mais aussi la scrofule, la goutte, l'arthritisme, etc.

Nous ajouterons que les jeunes chiens, que l'on ne peut soupçonner de syphilis, présentent assez souvent une kératite interstitielle des plus caractéristiques, soit après la maladie qui les atteint presque tous à l'âge de six ou huit mois, soit après certaines opérations expérimentales telles que la thyroïdectomie, comme nous l'avons observé avec M. le professeur agrégé Gley (*Arch. de Physiol.*, janvier 94).

Les kératites interstitielles sont donc à n'en pas douter une manifestation d'un état dyscrasique des jeunes sujets, dont la syphilis héréditaire est, il est vrai, la cause la plus fréquente, mais non la seule assurément.

Pour instituer un traitement rationnel, il faut donc rechercher la diathèse et c'est ici que la sagacité du praticien connaissant la famille et les antécédents personnels et héréditaires du sujet trouvera à s'exercer.

Si, dans la moitié des cas environ, il reconnaît la syphilis chez les ascendants, il ne devra pas oublier que d'autres tares héréditaires ou acquises telles que la goutte ou l'état scrofuleux et sans doute aussi d'autres états généraux moins bien déterminés pourront être en cause.

L'hérédo-syphilis est-elle avérée ou seulement soupçonnée, un traitement énergique et prolongé par les *frictions mercurielles* est de rigueur. Se montre-t-elles décidément inactives, les iodures alcalins à haute dose, tels que les solutions iodo-iodurées, doivent alors remplacer le mercure. Il ne faut pas oublier, du reste, que Fœrster a guéri un cas de kératite interstitielle d'origine goutteuse par le salicylate de soude.

En pratique, c'est le mercure qui, de beaucoup, compte le plus grand nombre de succès, parce que, sans doute, l'étiologie syphilitique est plus fréquente à elle seule, sinon que toutes les autres réunies, du moins que chacune d'elles prise en particulier. On aura donc le plus grand nombre de chances de tomber juste en prescrivant le mercure et il ne faudra y renoncer qu'après des essais prolongés et énergiques.

Enfin, sans vouloir conclure de la kératite des jeunes chiens thyroïdectomisés que certaines kératites des enfants seraient guéries par le traitement thyroïdien, on peut néanmoins se demander si les extraits d'organes ne seraient pas quelquefois indiqués.

Il ne faut, pour ainsi dire, jamais désespérer de la guérison des kératites interstitielles. Outre les taches de *sclérose* qui peuvent succéder aux cas exceptionnellement graves et qui sont nécessairement définitives, on peut aussi voir des foyers d'infiltration tout à fait opaques et souvent fort étendus s'éterniser pendant des années tout en étant cependant susceptibles de se résorber à la longue. Un *traitement révulsif* doit alors entrer en jeu pour hâter la disparition de ces exsudats leucocytiques, qui, enfin, finiraient par s'organiser. Les injections sous-conjonctivales de sublimé au millième ou d'eau salée, les massages à la lanoline hydrargyrique introduite dans les culs-de sac, l'électrisation même, sont alors nos principaux moyens d'action. Il faut donc être extrêmement sobre d'iridectomies optiques dans les cas d'opacité en apparence les plus tenaces de la kératite interstitielle. A

Digitized by Google

part le leucome central des cornées *devenues coniques*, elles finissent presque toujours par s'éclaircir ; on peut voir des cornées opaques depuis plus d'une année reprendre leur transparence, et des yeux sur lesquels on commençait à ne plus compter, recouvrer peu à peu la vision.

## Formulaire du Praticien

### Le cerclage dans les fractures de la rotule

Les traitements qu'on a opposés aux fractures de la rotule sont nombreux et variés, ce qui est peut-être un indice de leur fréquente inefficacité. Le traitement par le cerclage, employé pour la première fois par M. le professeur Berger, puis par M. Lejars, s'applique à des cas particuliers et peut présenter alors une utilité incontestable.

A notre avis, on doit traiter par les moyens ordinaires — immobilisation, appareil plâtré, griffes — toute fracture de la rotule simple, c'est-à-dire ne comportant que deux fragments, dont l'écartement sera peu considérable. On réservera la suture osseuse aux cas où l'écartement des fragments atteint une certaine étendue, et lorsque ces fragments, au nombre de trois au maximum, auront une épaisseur et une largeur suffisantes pour qu'on n'ait pas à craindre leur éclatement au moment du passage des fils.

Si le nombre des fragments est élevé, ce qui rend impossible leur suture et inévitable leur éclatement, on aura recours à un procédé consistant à agir non plus sur la rotule elle-même, mais sur les parties tendineuses ou périostiques péri-articulaires, dont on se servira pour rapprocher d'une façon *médiate* les fragments rotuliens. C'est à un procédé de ce genre qu'appartient la *suture en lacet* de Périer, dont Gilis a fait le sujet de sa thèse ; le procédé de cerclage que nous allons décrire ne nous paraît en être qu'une variante.

On fait au niveau du genou une incision curviligne, à concavité supérieure, dont la branche horizontale croise le fragment inférieur. La peau est retroussée de bas en haut, ce qui permet de découvrir les fragments et de se rendre compte de la présence presque constante d'un épanchement qui enchâsse les morceaux fracturés et pénètre dans la cavité articulaire. On enlève les caillots et on tamponne très antiseptiquement les surfaces de fracture et les cartilages.

Ceci fait, on passe une aiguille de Reverdin à travers le tendon rotulien au niveau du bord supérieur de la rotule; on la charge d'un gros et long fil d'argent qu'on ramène en dehors. Ensuite, on fait pénétrer l'aiguille dans l'épaisseur du ligament rotulien, au-dessous du bord inférieur de la rotule ; on accroche au chas de l'aiguille l'extrémité interne du fil précédent qu'on ramène de dedans en dehors. Ainsi se trouve constitué autour de la rotule un cercle à peu près complet, ouvert en dehors entre les deux extrémités du fil d'argent. A l'aide d'une pince, on tord ensemble les bouts libres du fil, et l'on arrive ainsi à rapprocher progressivement les fragments.

On s'assure qu'ils sont exactement en contact. Il ne reste plus qu'à rapprocher par un surjet de catgut les débris fibro-périostiques péri-rotuliens, à couper presque ras les extrémités accolées du fil d'argent, qu'on incurve et qu'on cache dans les tissus voisins. Il est quelquefois utile d'exciser les débris de la bourse pré-rotulienne infiltrée. Il n'y a plus qu'à réunir la peau, sans drainage si l'on est sûr de son antisepsie.

On applique un pansement iodoformé et ouaté, puis un appareil plâtré. Le membre est immobilisé : le dixième jour, les fils cutanés sont enlevés et, vers le vingtième jour, en moyenne, on permet au malade de marcher, le genou étant maintenu raide.

L'avantage de ce procédé de cerclage est évident lorsque les fragments sont multiples : d'autre part, si, en cas de fautes d'antisepsie, des complications étaient à craindre, elles resteraient péri-articulaires, par conséquent moins dangereuses et facilement accessibles au traitement. — L. Flœrsheim.

**Pâte molle contre l'eczéma ;**

| | |
|---|---|
| Oxyde de zinc | 5 grammes |
| Talc | 5 — |
| Huile d'olive | 15 — |
| Eau de chaux | 15 — |
| Adeps lanæ | 10 — |
| Teinture de benjoin | 0,50 centigr. |

**Pommade contre les engelures :**

| | |
|---|---|
| Camphre | 1,50 centigr. |
| Baume du Pérou | 0,50 — |
| Huile d'amande douce | 8 grammes |
| Adeps lanæ | 20 — |
| Eau de rose | 20 — |

**Poudre contre le coryza :**

| | |
|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth | 5 grammes |
| Poudre de camphre | 0,50 centigr. |
| Acide borique porphyrisé et tamisé | 2 grammes |
| Chlorhydrate de morphine | 0,03 centigr. |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0,02 — |
| Poudre de benjoin | 1 gramme |

**Potion contre le coryza :**

| | |
|---|---|
| Extrait de jusquiame | 0,75 centigr. |
| Iodure de potassium | 3,65 — |
| Bicarbonate de potasse | 7,30 — |
| Extrait de réglisse | 4,65 — |
| Eau d'anis | 101,50 — |

Une cuillerée à dessert toutes les 4 heures.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Le pyramidon. Un dérivé de l'antipyrine.** — Filehne ne cherche pas, dit-il, dans sa communication sur le pyramidon (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1896), à recommander aux praticiens une nouvelle substance antithermique et antinévralgique, mais à leur faire connaître ce corps, dont les propriétés ont été vérifiées cliniquement et expérimentalement, dont l'action présente quelques particularités distinctes de l'antipyrine, malgré de nombreuses analogies.

Le pyramidon, ou diméthylamidophényldiméthylpyrazolon, est une poudre cristallisée blanc jaunâtre, soluble dans l'eau (10 parties), à peu près insipide. Sa solution transparente donne avec le perchlorure de fer une coloration d'un bleu violet, qui disparaît assez rapidement, contrairement à la réaction analogue de l'antipyrine.

Comme avec l'antipyrine, l'action du pyramidon sur le système nerveux est manifeste ; on obtient également une augmentation de la déperdition de chaleur, une augmentation de la pression sanguine, etc,; de même, l'action antithermique, ou fébrifuge est en tout comparable. Mais le pyramidon agit à dose beaucoup moins élevée; il est trois fois plus efficace que l'antipyrine. De plus, l'effet thérapeutique est plus constant, et surtout plus prolongé qu'avec l'antipyrine.

Les expériences sur les animaux ont montré l'innocuité du pyramidon sur la composition du sang, sur les parois vasculaires ; chez l'homme, on n'a jamais constaté aucun trouble subjectif ou objectif,

On le décèle vingt minutes après son administration dans les urines.

Les doses employées dans les essais faits sur l'homme oscillent entre 10 et 75 centigrammes. Pour un adulte, il faut prescrire de 30 à 50 centigrammes par dose, et de 60 centigrammes à 1 gramme par jour en deux fois. La dose maxima est encore à déterminer.

Le médicament a été employé avec succès contre la céphalalgie de causes très différentes (chez anémiques, leucémiques, fébricitants), de la polynévrites, la péritonite tuberculeuse, névralgie intercosale post-grippale. Son action a toujours été rapide et durable.

La dose de *40 centigrammes* a toujours suffi contre la céphalalgie.

Dans un cas de néphrite sur quatre, la diurèse augmente; chaque fois la céphalalgie disparut; le médicament n'aggrava jamais la maladie rénale et n'influença la tension cardio-vasculaire.

L'action antipyrétique a été vérifiée sur douze malades avec succès. En général, la température baisse de 2 degrés deux heures après comme chez un typhique de 40°,3 à 38°,2.

D'après Filehne, ses observations personnelles ne sont pas encore assez nombreuses pour juger de la valeur du pyramidon. Mais il semfile démontré que son action antinévralgique est constante, et que ses propriétés physiques (solubilité, efficacité des petites doses, absence de saveur) le rendent très maniable. En prescrivant 1 gramme pour 30 d'eau, on fait prendre 5 à 15 centimètres cubes (c'est-à-dire une cuiller à thé — à soupe) pour une seule dose. Ou bien, 20 centimètres cubes en deux fois, avec un intervalle de quatre heures.

## MÉDECINE

**Les palpitations et le cœur surmené chez les soldats.** — A côté des états cardiopathiques communs aux civils et aux soldats, il en est chez ces derniers des particuliers qui sont la caractéristique de la profession militaire, surtout au début de l'initiation. Ce sont les palpitations idiopathiques ou nerveuses, l'hypertrophie cardiaque de croissance, le cœur forcé, surmené, maladies qui occasionnent des troubles fonctionnels, et dont la dernière, sous l'influence de la persistance de la cause qui lui a donné naissance, peut produire des lésions organiques diverses, allant même jusqu'à l'asystolie. Deux grands facteurs sont causes de ces états cardiopathiques ; ce sont la prématuration et le surmènement (*A. Coustan*, méd. militaire). A la suite de fatigues prématurées, d'efforts considérables et longtemps soutenus, le cœur surmené se force, des palpitations se montrent, et, si le surmènement persiste, surviennent de la dilatation et de l'hypertrophie. C'est ainsi que les artilleurs, les chasseurs à pied, les soldats qui travaillent dans les manutentions en sont souvent atteints.

Le mode pathogénique des lésions du cœur surmené est différemment interprété; trois théories sont en présence : 1° la théorie mécanique; 2° la théorie chimique (toxhémie); 3° la théorie de la fluxion. Carrière pense que le cœur peut être indirectement forcé par accumulation du sang dans les cavités droites et dans la circulation veineuse, ou par oxygénation insuffisante du sang sous l'influence d'une prédisposition morbide, ou parce que le sang peut contenir des substances nocives, produits de déchet des autres tissus, auxquels cas la fonction du cœur doit en souffrir. Kelsch croit à la suractivité fonctionnelle du cœur, nécessitée par la distribution aux diverses parties du corps d'une quantité de liquide nourricier plus grande que d'habitude. Seitz et Curschmann estiment que l'accumulation d'acide sarcolactique et d'acide carbonique entrerait en ligne de compte dans l'évolution de certaines formes du processus. Grasset admet que le surmènement d'un organe en amène la congestion d'abord passagère, puis, plus tenace, qui peut aboutir à une lésion fixe chronique ; myocardite et endocardite. C'est l'élément fluxionnaire, avec gouflement, qui produit le souffle valvulaire.

Digitized by Google

Revilliod invoque la *ponose*, maladie résultant de la fatigue, c'est-à-dire de l'épuisement des forces radicales et d'une infection du sang par l'accumulation des produits de dénutrition des tissus, et qui se présente sous deux formes : la forme typhoïde et la forme cardiaque; la première est la forme aiguë sidérante se rencontrant pendant les périodes de guerre; la seconde est une forme lente, chronique, du temps de paix.

Ces lésions de cœur forcé atteignent soit des hommes en état d'évolution physiologique normale et des hommes faits de bonne constitution, soit des sujets pathologiquement prédisposés. On observe trois degrés différents suivant la violence et la persistance de la cause qui le produit, l'âge, le terrain. Ces trois degrés sont : 1° l'arythmie, palpitations et intermittences; 2° congestion, hyperémie, myocardite, hypertrophie, dilatation encore curables; souffles valvulaires fugaces; 3° myocardite et endocardite définitivement installées, souffles permanents, asystolie, séramurie (Peter). Huchard a observé des cas analogues, et conclut que le surmenage produit des lésions cardiovasculaires par intoxication; pour le surmenage moral, l'intoxication joue un rôle secondaire, et l'action du système nerveux est prépondérante.

Les surmenés par le cœur offrent deux formes cliniques : 1° une forme de début, fugace; 2° une forme grave ou d'état. Dans la première, le malade voit diminuer ses forces, son poids et son appétit; il se fatigue et s'essouffle au moindre exercice; il est pâle, ressent des palpitations, d'abord sourdes, lentes, puis aiguës, douloureuses, lancinantes, avec intermittences et arythmie. Au cœur, il y a augmentation de la matité, la pointe est abaissée; on trouve presque toujours un bruit de souffle systolique ou présystolique avec maximum à la pointe quelquefois à la base.

La seconde forme débute par une lassitude extrême, de l'endolorissement des muscles et des articulations, de la dépression générale. On note de l'embarras gastrique, un état saburral de la langue, de la somnolence, la pensée, la mémoire, la parole faiblissent, la voix s'éteint, la même apathie s'empare de la volonté et de la locomotion. En même temps, douleurs vives dans toute la région précordiale, surtout à la pointe; faux pas du cœur avec intermittences, arythmie; œdème des malléoles avec albumine dans les urines. Un degré de plus et l'on a de la fièvre, de la dyspnée intense, un pouls petit, un état typhique accentué, de l'adynamie profonde. Les bruits du cœur sont sourds, on perçoit un souffle généralisé.

Le traitement des troubles fonctionnels est avant tout le repos aidé par des toniques du cœur, la prophylaxie est simple, elle consiste à ne pas demander au cœur plus qu'il ne peut donner. — M. D.

---

**Les épanchements chyliformes dans les cavités séreuses.** — Sur trois observations d'ascite chyliforme prises par M. Rotmann il n'y avait qu'une ascite chyleuse vraie, survenue à la suite de l'oblitération des lymphatiques par un cancer de l'estomac généralisé à l'épiploon et au médiastin. Un autre épanchement de couleur blanchâtre contenait un grand nombre de cellules endothéliales et de leucocytes en pleine dégénérescence graisseuse. Elle s'était produite chez un malade porteur d'un cancer du pylore. A l'autopsie, le péritoine se trouve atteint également de dégénérescence gralsseuse (*Zeitschrift f. klin. Med.*) La troisième observation est celle d'une pleurésie chyliforme. Une première ponction donna issue à un liquide clair, une deuxième à un liquide verdâtre. Après quatre mois, le malade fit une rechute, et six mois après, une seconde. Alors seulement le liquide ponctionné était lactescent, et contenait un grand nombre de cellules plates graisseuses, mais pas de globules libres de graisse. L'auteur voudrait voir dans ce fait une manifestation tuberculeuse. En effet, à la suite de l'injection d'un milligramme de tuberculine, la température du malade monta à 38°3, et au cours de sa maladie, il avait présenté une ulcération d'aspect tuberculeux sur le dos de la langue. Mais on n'avait jamais trouvé de bacilles dans ses crachats, et un cobaye injecté avec le liquide chyliforme resta sain. — Bd.

---

**L'hystérie en Vendée.** — Si l'hystérie est fréquente dans les villes, elle est loin d'être rare dans les campagnes. C'est ce que démontre le travail de M. Terrien (*Thèse de Toulouse*, janv. 1897). L'auteur a été frappé du nombre d'hystériques qui se sont présentés à lui, dans le canton où il exerce, en Vendée. Il en a recherché la cause qui est pour lui la suivante : le Vendéen, très attaché au pays qui l'a vu naître, quitte très difficilement le sol qu'il cultive. De là, la fréquence des mariages consanguins. Malheureusement, cette consanguinité est presque toujours précédée par l'alcoolisme, le Vendéen étant grand buveur de vin; peut-être le paludisme joue-t-il un rôle. De plus, l'enfant qui naît avec cette prédisposition la voit s'accroître par le fait des superstitions, des histoires terrifiantes de revenants et de sorciers, du fanatisme religieux.

L'auteur rapporte une série d'observations d'hystérie qui ont trait à des personnes d'âge et de sexe différents, deux se rapportent à des enfants de treize ans; les manifestations sont très variables. Mais ce qui l'a surtout frappé, c'est la facilité avec laquelle ces cas ont guéri, même chez les jeunes sujets, par la suggestion, à l'état de veille et à l'état de sommeil hypnotique.

Ce travail, quoique incomplet au point de vue statistique, n'en relate pas moins un fait important qui mérite de prendre place dans l'histoire topographique de l'hystérie. — Dr Bézy.

---

**Altérations anatomiques de la moelle épinière chez les cancéreux.** — Sur 19 moelles épinières de cancéreux morts de cachexie, Lubarsch a trouvé onze fois des lésions, caractérisées par des foyers de dégénérescence et de gliomatose secondaire. Les foyers étaient disséminés

Digitized by Google

dans toute l'étendue de la moelle. Six fois ils étaient très petits et n'avaient produit aucun symptôme clinique. Dans quelques cas, il en était résulté des troubles légers, et dans trois cas les symptômes médullaires avaient dominé dans l'image clinique ; un d'eux ressemblait à s'y méprendre à une myélite transverse.

Ces lésions peuvent être provoquées par les modifications du sang (anémie, hydrémie) ; en cas de cancer de l'estomac on peut les attribuer aux troubles du chimisme stomacal et à l'élaboration de substances vénéneuses (auto-intoxication). Rarement elles sont d'origine septique, quand l'épithélioma est ulcéré (*Zeitschrift f. klin. Med.*) M. Lubarsch ne pense pas que la fréquence de ces lésions soit toujours aussi grande que dans sa première série de recherches, dans laquelle il était particulièrement favorisé par le hasard de la clinique. — Bd.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Injections intra-vésicales d'air stérilisé contre la cystite tuberculeuse.** — M. Ramond a eu l'occasion d'essayer ce nouveau mode de traitement des cystites tuberculeuses dans 3 cas, à l'occasion desquels il est impossible de poser des déductions favorables sur l'avenir de la méthode, mais qui sont suffisants pour montrer qu'il s'agit d'un procédé thérapeutique simple, d'une inocuité parfaite et pouvant donner de bons résultats (*Bull. méd.*, 3 février).

La technique est la suivante : les instruments à employer sont des sondes molles stérilisées et une seringue à hydrocèle d'une capacité de 100 cc. Dans l'embout de la seringue, on place un petit tampon d'ouate, à travers lequel filtre l'air avant de pénétrer dans la vessie.

On sonde le malade, et lorsque l'urine est évacuée, on pousse à travers la sonde une première injection de 100 cc. d'air ainsi stérilisé. Cette première injection faite, on retire la seringue et l'air s'échappe au dehors. On refait aussitôt une seconde injection de 250 à 300 cc. et l'on place sur la sonde une pince à forcipressure. L'air injecté reste enfermé dans la vessie, où on le laisse pendant 5 minutes en contact avec la muqueuse vésicale. On enlève la sonde et l'air sort en forçant le sphincter.

Il n'y a aucune douleur ressentie, cette opération est renouvelée tous les 2 eu 3 jours, jusqu'à ce qu'on obtienne un peu de soulagement.

Comment agit l'air injecté ? Sans doute, comme dans la péritonite tuberculeuse, peut-être aussi en créant une dilatation forcée dont l'effet est comparable à celui de la dilatation dans la fissure anale.

D'après l'auteur, ce procédé mérite d'être essayé avant tout autre traitement et convient plus particulièrement aux individus affaiblis, chez lesquels une intervention sanglante serait dangereuse. — L. F.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 9 février 1897*

**Du traitement opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral.** — M. Chipault pose en principe que dans la phlébite otitique du sinus latéral, il faut : 1° Intervenir toujours ; 2° Intervenir le plus tôt possible ; 3° Le plus largement possible. Sa technique opératoire comprend trois temps.

*Premier temps :* double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la mine entre les deux ligatures et fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale.

*Deuxième temps :* ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Herophile, et, par conséquent, de la protubérance occipitale.

*Troisième temps :* attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes ; l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal, l'ouverture, par résection osseuse, de la paroi antérieure du coude sinusal, enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire.

Chez les sujets affaiblis, il est prudent de pratiquer cette intervention en deux séances. Cette opération a été faite pour la première fois par M. Lambotte, d'Anvers, sur un enfant. M. Chipault présente l'opéré, guéri.

**Influence des révulsifs sur la production des globules blancs.** — M. Moret. Présentation faite par M. Roux. M. Moret a fait ses études sur la membrane interdigitale de la grenouille. Il arrive aux conclusions suivantes : la saignée coïncide avec une diminution du nombre des globules blancs ; elle diminue donc le pouvoir de résistance de l'organisme. Pendant l'emploi des révulsifs, il se ferait au contraire une augmentation assez considérable du nombre des globules blancs ; M. Moret attribue la source de leur formation à la transformation de l'endothélium vasculaire. M. Roux n'admet pas cette genèse.

**Rapport sur la modification du travail des allumettiers.** M. Vallin. Il conseille d'abord la suppression du phosphore blanc ; mais cet acte est rendu difficile à cause de la résistance du fabricant et du consommateur.

Si l'on obtient cette suppression du phosphore blanc, il faut veiller à ce qu'on n'introduise pas dans les nouvelles pâtes des produits toxiques, tels que les sels de plomb. Un moyen de défense à adopter dans le cas où le phosphore blanc serait encore employé, serait : d'une part, l'usage des machines automatiques éloignant les ouvriers des vapeurs ; d'autre part, l'établissement d'appareils de ventilation puissants.

**Epreuves radiographiques montrant le déplacement des organes par le corset normal.** — Mme Gaches-Sarrante. Présentation faite par M. Laborde. Ces épreuves montrent que l'estomac est abaissé par le port du corset ordinaire, que le ventre proémine par sa partie inférieure. Le nouveau corset, que préco-

Digitized by Google

nise Mme Gaches-Sarrante, n'abaisse point l'estomac, d'après ce que montre la radiographie.

**Election** d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale :

1re Ligne, M. Fernet ; 2e ligne, M. Rendu ; 3e ligne, *ex-æquo* : MM. Joffroy, Troisier ; 4e ligne, *ex-æquo* : MM. Chauffard, Pierre Marie.

M. Fernet est élu par 59 voix ; M. Rendu, 6 voix, M. Chauffard, 3; M. Troisier, 2.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 5 février 1897*

**Cirrhose et diabète bronzé.** — MM. Rendu et de Massary. On sait que MM. Hanot et Chauffard ont signalé il y a une dizaine d'années une variété de diabète, caractérisé par une coloration bronzée de la peau et des troubles gastro-hépatiques. Mais s'agit-il d'une véritable entité morbide ? Telle est la question que MM. Rendu et de Massary se sont posée à propos d'un malade observé à l'hôpital Necker.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, manifestement alcoolique, chez lequel les premiers symptômes du diabète remontent au mois de juillet 1895. En janvier 1896, il éprouve un affaiblissement général, de l'insomnie, une soif vive et rend par jour 10 litres d'urine avec 65 grammes de sucre par litre et 8 à 10 grammes d'urée. Il présente alors tous les accidents bien connus du diabète confirmé. Mais il sortait de l'ordinaire en ce que la peau était bronzée, ardoisée, à reflet brillant de mine de plomb. La pigmentation était uniformément répartie sur tout le corps, sauf sur les organes génitaux où elle était véritablement noire.

Au moment de l'entrée du malade, le foie était très hypertrophié, il n'existait pas d'ascite ; absence complète d'albuminurie pendant toute la durée de la maladie, auscultation du poumon normal.

A mesure que le foie diminuait lentement de volume, on vit le ventre se ballonner, puis apparaitre de l'ascite qui nécessita de nombreuses ponctions. Le liquide ascitique ne contenait que peu de sucre, 3 à 5 grammes par litre. La glycosurie fut toujours beaucoup plus élevée. La polyurie, très abondante pendant les premiers mois, diminua elle-même et fut remplacée par de l'anurie. Le malade, très amaigri, fut atteint d'épistaxis, de purpura et succomba le 12 juillet au milieu de phénomènes urémiques.

A l'autopsie, on trouva une tuberculisation généralisée de la séreuse péritonéale avec péri-hépatite, foie petit, granuleux, atteint de cirrhose atrophique typique. Poumons normaux.

L'examen histologique a porté sur le foie, le pancréas, la glande sous-maxillaire droite, la capsule surrénale, le rein, le poumon, le testicule, le cœur, le muscle grand droit de l'abdomen, la peau, un ganglion semi-lunaire du plexus solaire, l'épiploon, un ganglion lymphatique dans tous ces organes, sauf dans le muscle grand droit et le ganglion semi-lunaire, on découvrit des amas de granulations de pigment, décrit sous le nom de pigment ocre par Kelsch et Kiener et que MM. Lapicque et Auscher ont démontré la constitution par un hydrate ferrique.

Toutes les cellules glandulaires de l'organisme sont le siège d'une dégénérescence pigmentaire inouïe. La cellule cardiaque est frappée de cette même dégénérescence, par opposition à la fibre musculaire ordinaire restée indemne. Enfin, on doit signaler l'absence totale de pigment dans le sang circulant. Voici donc deux éléments également chargés d'hémoglobine : la fibre musculaire striée et le globule rouge, qui ne présentent pas trace de pigment ocre, dont l'origine hémoglobinique est cependant certaine. Enfin, la surcharge du système lymphatique prouve que la lymphe ne saurait suffire à élaborer le pigment qui l'encombre ; cette lymphe trouve le pigment tout formé et le charrie comme un corps étranger vers les ganglions lymphatiques et vers les séreuses.

La constitution ferrugineuse du pigment ocre indique que ce pigment tire son origine de l'hémoglobine, mais des opinions nombreuses et diverses se sont produites, lorsqu'il s'agit de préciser l'endroit où s'accomplit la transformation de l'hémoglobine en pigment. Les théories émises à ce propos peuvent se ranger en deux groupes. Les unes affirment que le pigment ocre prend naissance dans le sang circulant, par réduction particulière *in situ* de l'hémoglobine des globules ; ce pigment serait ensuite réparti par embolies dans la totalité des organes, particulièrement dans les glandes dont la fonction consisterait ainsi à éliminer ces déchets de l'hémoglobine.

Les autres incriminent uniquement le foie. Hanot et Chauffard admettent que sous l'influence combinée de l'hyperglycémie, de la lésion hépatique préalable et d'insuffisance circulatoire créée par l'endartérite diabétique, la cellule hépatique subit un trouble évolutif dans sa fonction chromatogénique, et devient le siège d'une dysgénèse pigmentaire. Ce serait dans le foie que naîtrait le pigment pathologique, d'où il irait se diffuser dans l'organisme tout entier.

MM. Rendu et de Massary n'admettent aucune de ces théories. Pour eux, le véritable facteur de la production du pigment ocre serait l'activité fonctionnelle de l'élément cellulaire, activité fonctionnelle ayant comme corollaire l'activité des échanges entre l'élément cellulaire considéré et le sang.

Le seul facteur vrai serait donc l'activité variable des échanges. De l'ensemble de la répartition pigmentaire dans l'organisme, il se dégage ceci : surcharge des éléments glandulaires, surcharge de la cellule cardiaque, intégrité des autres éléments anatomiques, dont le fonctionnement est moins actif et la vitalité plus faible.

M. Jeanselme a eu l'occasion d'observer récemment

Digitized by Google

deux malades atteints de diabète bronzé. Dans le premier cas, le diabète avait pour origine l'intoxication saturnine. Il urinait cinq à sept litres d'urine contenant 150 à 337 gr. de sucre.

L'examen du sang, fait à plusieurs reprises, n'a jamais permis de constater de granulations pigmentaires.

Dans le second cas, le diabète et la mélanodermie apparurent, et se développèrent rapidement peu de jours après un traumatisme. Cet homme rendait quatre à six litres d'urine contenant 180 à 210 grammes de sucre. Les réflexes rotuliens étaient abolis ; il mourut dans le coma au bout de cinq mois.

L'étude du sang et l'examen histologique de la plupart des organes de ce malade permettent d'éclaircir un peu la pathogénie encore obscure de cette affection. Voici comment on peut concevoir à l'heure actuelle son mécanisme de production.

La destruction des hématies dans les capillaires des parenchymes est le premier phénomène morbide.

Pendant que l'hématolyse se poursuit, le pigment ocre se poste vers les organes sécréteurs. Mais le fer emmagasiné dans les organismes glandulaires n'est pas rejeté au dehors en proportion sensible. La bile en particulier, comme l'a démontré l'analyse chimique, n'en excrète qu'une faible quantité. Alors la sclérose se développe dans tous les organes surchargés de pigments ; si à la sclérose hépatique (cirrhose hypertrophique pigmentée) s'associe une sclérose prononcée du pancréas, le diabète apparaît. Celui-ci n'est donc qu'un phénomène accessoire et inconstant.

Le pigment ocre se produit chaque fois qu'il y a destruction globulaire soit dans le sang virulent, soit dans le sang extravasé. On l'observe donc dans les affections les plus diverses comme nature. Qu'il s'agisse du diabète bronzé, d'une crise d'hémoglobinurie paroxystique (cas de MM. Dieulafoy et Widal) d'une anémie extrême à forme pseudo-leucémique, de la fièvre bilieuse hémoglobinurique ou de l'impaludisme chronique, la topographie du pigment ocre est la même. Dans le rein, par exemple, il y a une véritable élection du pigment pour les épithéliums sombres, qui rappelle la condensation de l'indigo dans les cellules sécrétantes du rein dans l'expérience de Heidenhain.

Quand la décharge du pigment, au lieu d'être un épisode aigu comme dans l'hémoglobinurie paroxystique, est au contraire continue, elle détermine à la longue un processus sclérogène. Les cirrhoses du foie et du rein, dans l'impaludisme chronique, reconnaissent probablement en partie cette cause pour origine.

**Cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique.** — M. Letulle. A côté des cirrhoses pigmentaires diabétiques, paludéennes, tuberculeuses, cancéreuses, on doit placer la cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique. La multiplicité et la complexité de ces conditions étiologiques contrastent d'une façon singulière avec l'uniformité des lésions anatomo-pathologiques, tant hépatiques que généralisées à l'ensemble de l'organisme. A ce point de vue, toutes les cachexies cirrhotiques pigmentaires sont caractérisées par un certain nombre de désordres matériels qu'on peut résumer de la façon suivante.

Trois sortes au moins de pigments sont décelables dans les différentes régions de l'organisme : 1° le pigment ocre, ferrugineux, le plus abondant contribue à l'atrophie des éléments parenchymateux qui infiltrent la presque totalité des viscères ; 2° un pigment jaune-brun, caractéristique de la lésion décrite sous le nom d'atrophie brune ou granulo-pigmentaire, dont la nature ferrugineuse ne peut être déterminée par les réactifs chimiques actuels ; 3° le pigment mélanique de la peau, normalement élaboré dans l'intimité des cellules profondes du corps muqueux de Malpighi, lequel produit en excès dans les cirrhoses pigmentaires, coopère souvent avec le pigment ocre dans le derme pour déterminer la teinte bronzée ou ardoisée des téguments.

Toutes les lésions viscérales décrites dans la cirrhose diabétique pigmentaire, se retrouvent identiques dans la cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique, en y ajoutant la glande pituitaire et la moelle des os, notablement tatouée de granulations ferrugineuses,

Le pigment ocre et le pigment jaune-brun ne coexistent jamais dans le même protoplasma cellulaire, excepté dans la fibre musculaire cardiaque.

La répartition du pigment ocre est à peu près générale ; mais de tous les organes, les appareils glandulaires sont de beaucoup les plus largement incrustés. Toutes les glandes ne sont cependant pas prises : les épithéliums des glandes prostatiques, gastriques, de Lieberkühn, les épithéliums striés du rein, la totalité des épithéliums de revêtement tant externes (épiderme) qu'internes et canaliculaires échappent à l'infiltration pigmentaire.

Le pigment ocre, une fois déposé dans un tissu, agit à la façon des grains de charbon inoculés par le tatouage ; il quitte difficilement les parties qu'il infiltre. Cependant, à force de l'accumuler dans son protoplasma, la cellule épithéliale s'affaiblit et succombe. Les granulations pigmentaires tombent peu à peu dans la lymphe interstitielle et sont reprises par les globules blancs qui les véhiculent aux plus prochains ganglions.

**De l'imperméabilité aux rayons Rœntgen des organes contenant du pigment ocre.** — M. Jeanselme présente des épreuves photographiques qui démontrent que les organes surchargés de pigment ocre ou ferrugineux, sont beaucoup moins perméables aux rayons Rœntgen que les organes similaires dépourvus de ce pigment. Les expériences ont porté sur trois échantillons de foie, un morceau de pancréas et un ganglion lymphatique provenant d'individus ayant succombé au diabète bronzé. Tous ces fragments, ainsi que les pièces témoins, avaient une épaisseur

Digitized by Google

uniforme de cinq millimètres. Le temps d'exposition aux rayons Rœntgen a été de cinq minutes en moyenne.

**Examen radioscopique d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.** — M. Béclère. Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, porteur d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte étendu du sternum au médiastin postérieur, saillant en avant sous la forme de large voussure, comprimant la bronche et le nerf recurrent gauches.

L'examen radioscopique montre sur l'écran fluorescent, au-dessus de la voûte du diaphragme, dans toute la hauteur du thorax, l'image d'une sorte d'énorme sablier dont les deux ampoules seraient animées de mouvements rythmiques. Il semble qu'on voit battre deux cœurs superposés. Il ressort d'ailleurs de cet examen, aussi bien que de l'épreuve radiographique obtenue après trente minutes de pose, que le sac anévrysmal est beaucoup plus volumineux que le cœur. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 10 février 1897*

**Chirurgie du poumon.** — M. Quenu, à propos de l'exploration directe du poumon, montre que, lorsque la plèvre est intacte et il ne veut parler que de ces cas, l'ouverture large de la cavité pleurale peut être dangereuse et il en prend pour exemple l'observation suivante. Un homme de 49 ans entre dans son service avec une très volumineuse tumeur de la paroi thoracique, développée de la 3e à la 6e côte. Pour l'extirper, il pensait réséquer les côtes et décoller la plèvre à son niveau, si cela était nécessaire. Or il s'agissait d'un chondrome adhérent à la plèvre. Aussi, après avoir mis à exécution son plan opératoire, il ouvrit la plèvre. Immédiatement le pouls faiblit, devint filiforme, la respiration haletante, la face cyanosée, la langue noire. On interrompit le chloroforme ; inhalation d'oxygène, respiration artificielle ; le poumon restait affaissé contre la colonne vertébrale ; la plaie fut refermée, le malade réveillé. Malgré cela la respiration resta dyspnéique ; le malade se plaignait d'un point de côté et succomba le troisième jour dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva le poumon congestionné, atélectasié. Les accidents du pneumothorax traumatique ne présentent pas toujours cette gravité ; ils peuvent se borner à la syncope passagère, aux menaces d'asphyxie, à des phénomènes nerveux d'origine réflexe. Il n'existe aucun moyen pratique de les éviter. La trachéotomie préventive avec insufflation d'air intra-bronchique peut seule les empêcher dans une certaine mesure, ainsi que le prouvent les expériences de M. Quenu sur les animaux.

M. Delorme, avant de pratiquer la décortication du poumon, avait songé à l'insufflation pulmonaire à l'aide d'une canule trachéale ; il jugea ce procédé inutile et constata que les efforts du malade suffisaient pour rapprocher le poumon de la paroi thoracique, à laquelle il lui fut possible de le suturer, évitant ainsi un pneumothorax généralisé.

**Exophthalmos pulsatile, ligature de la carotide ; guérison.** — M. Picqué analyse l'observation suivante de M. Bide, de Madrid. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans qui, en mars 1891, se tira quatre balles de revolver dans la bouche. Quelque temps après survint de l'exophthamie gauche, et une diminution dans la vision. Ces troubles s'améliorèrent les mois suivants. En février 1892, il entra dans le service de M. Gayet, à Lyon, et présentait alors de l'exophthalmos pulsatile droit, des battements perceptibles dans l'angle interne de l'œil, un thrill très net. Ces phénomènes disparaissaient par compression de la carotide droite. M. Gayet diagnostiqua un anévrysme artério-veineux au niveau de la carotide interne et du sinus caverneux.

En décembre 1892, ce malade passa dans le service de M. Tillaux ; l'exophthalmie persistait, avec des battements perceptibles à l'œil et au doigt ; la vision était intacte ; à l'auscultation, on entendait un bruissement continu, supprimé par la compression de la carotide primitive droite. Mais le malade se plaignait de douleurs très vives dans le territoire du trijumeau. Ces douleurs ne firent qu'augmenter rendant l'existence intolérable. En 1893, ce malade entrait à Madrid, à l'hôpital français dans le service de M. Bide. Son état était le même que précédemment. M. Bide, constatant que les troubles cessaient par la compression digitale de la carotide primitive droite, lia ce vaisseau au lieu d'élection. Il ne survint aucun accident cérébral ; le thrill, les pulsations, les douleurs disparurent ; la vision demeura intacte. Quinze jours après, la plaie était cicatrisée ; les bruits morbides ne reparurent pas pendant les 18 mois qu'il fut soumis en observation. L'exophthalmie diminua un peu, mais persistait encore au bout de 18 mois.

**Intervention chirurgicale dans le goitre exophthalmique.** — M. Lejars. Une jeune fille de 18 ans, d'origine névropathique, malade depuis 8 mois, entre en octobre 1896 à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Debove, avec tous les signes de la maladie de Basedow vraie : tachycardie, tremblements des membres, légère protusion des yeux, goitre avec hypertrophie du lobe droit sans induration ni bosselure, battements et souffles à ce niveau. Les divers traitements employés n'amenèrent aucun résultat. La malade réclamant une opération, M. Debove y consentit ; et le 30 décembre 1896, M. Lejars reséqua le lobe droit du corps thyroïde. L'opération, pratiquée sous éthérisation, fut simple ; le goitre était peu vasculaire ; d'ailleurs M. Lejars lia la thyroïdienne inférieure. Aucune hémorragie ne survint et il sectionna aisément l'isthme du corps thyroïde, puis la plaie fut refermée. Tout alla bien dans la journée ; mais vers 11 h. 1/2 du soir, elle fut prise de dyspnée, le pouls devint très fréquent et malgré une injection de morphine, elle succomba au bout d'un quart d'heure, en pleine dyspnée.

Digitized by Google

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion susceptible d'expliquer la mort; le thymus, persistant, pesait 69 gr.

Cette mort, survenue au milieu de phénomènes bulbaires, peut être expliquée par un empoisonnement dû à l'hypersécrétion du corps thyroïde, au moment de l'opération.

M. Quenu a vu chez une malade à laquelle il avait pratiqué une thyroïdectomie totale, le pouls tomber à 52 et survenir du myxœdème, lequel fut combattu avec succès par l'ingestion de tablettes de corps thyroïde, si bien que cette femme est devenue enceinte.

M. Tillaux rappelle qu'il pratiqua avec succès, en 1879, la première thyroïdectomie chez une malade atteinte du syndrome de Basedow; elle guérit. Ce résultat lui fit penser que la maladie de Basedow était d'origine mécanique et due à la compression du paquet vasculo-nerveux du cou par le goitre. Depuis, il a abandonné cette théorie et il estime aujourd'hui que l'on doit distinguer au point de vue opératoire deux sortes de maladies de Basedow : l'une, le goitre exophtalmique vrai, d'origine encore inconnue, auquel il faut se garder de toucher, car les conséquences peuvent en être funestes, ainsi que le montre l'observation de M Lejars; l'autre, goitre exophtalmique *basedowifié*, suivant l'expression de M. Marie, qui se développe à la suite de la formation de tumeurs dans le corps thyroïde. Celui là est le goitre exophtalmique chirurgical, qui guérit à la suite d'une intervention heureuse; il importe de savoir reconnaître ces deux formes de goitre exophtalmique, car elles ne comportent pas les mêmes indications thérapeutiques. — H. M.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société de biologie

**De la tétanie hépatique**, par A. Gilbert. — Trousseau a justement insisté sur le rôle de l'allaitement dans la genèse de la tétanie. L'allaitement, toutefois, ne s'élève pas au rang de cause efficiente; il crée une simple prédisposition et il n'est pas seul à la réaliser. Une cause occasionnelle plus ou moins puissante doit intervenir qui, dans le cas suivant, fut une crise de colique hépatique.

Mme X. ., âgée de trente ans, femme d'un boulanger, est mère de trois enfants dont le plus jeune a six mois. Tous trois ont été nourris par elle.

Dupuis plusieurs années elle est sujette à des crises de colique hépatique. La première a suivi de près le premier accouchement, la dernière s'est produite au cinquième mois de l'allaitement du dernier enfant.

La dernière crise s'est prolongée près d'un mois. Elle a été formée d'accès qui, pendant les 15 derniers jours, ont été particulièrement violents.

A la douleur se sont joints des vomissements, de l'ictère, etc.

Les accès violents des deux dernières semaines se sont accompagnés d'autant d'accès de tétanie.

Nous avons assisté à l'un de ces accès et nous avons constaté que les mains et les pieds contracturés étaient dans l'attitude classique. La contracture, d'ailleurs, frappait inégalement les quatr membres : le membre supérieur droit était violemment pris; le membre inférieur gauche était à peine touché. Il existait en outre un léger trismus.

A la fin des accès, la contracture se résolvait en ne quittant le bras droit qu'en dernier lieu.

Quand les accès de colique hépatique disparurent, la tétanie également ne se reproduisit plus.

Nous avons recherché soigneusement mais vainement quelque stigmate hystérique chez cette malade et chez ses ascendants. En dehors de l'allaitement, il n'existait aucune autre cause prédisposante saisissable de tétanie. Les accès de colique hépatique en représentaient manifestement d'autre part les causes déterminantes. La tétanie effectivement apparaissait avec eux et commençait à céder dès leur disparition. Elle offrait en outre dans son intensité (maximum au niveau du membre supérieur droit, minimum au niveau du membre inférieur gauche), une distribution spéciale, conforme aux lois de Pflüger, qui n'est point dans l'allure des autres tétanies.

A la liste des accidents nerveux qui peuvent compliquer la colique hépatique, la tétanie (et dans notre cas elle revêtait un type particulier) doit donc être ajoutée.

**Assimilation de l'action produite sur le cœur par les poisons systoliques (Digitaline, strophantine) et par les excitations artificielles directes du myocarde**, par François-Frank. — I. *Action stimulante de la digitaline sur le cœur.* — Dans l'action complexe qu'exercent sur le cœur les poisons du groupe digitaline (modification de la fréquence, du rythme, de l'énergie), un effet me paraît dominer par sa constance d'un bout à l'autre de l'empoisonnement graduel aboutissant à la mort en tétanos : c'est l'augmentation de puissance du myocarde.

Des expériences faites, je puis formuler les conclusions :

1° L'exploration de la pression dans chaque ventricule, au moyen de nos ampoules manométriques conjuguées, montre que l'énergie ventriculaire va croissant dans les deux ventricules jusqu'à une phase très avancée de l'intoxication digitalique, que le cœur se ralentisse ou qu'il s'accélère; à partir des doses fortement toxiques l'énergie ventriculaire peut varier sans tomber au-dessous de sa valeur normale ou osciller autour de cette valeur malgré l'arythmie de cette période. Dans tous les cas, la mort arrive brusquement, le cœur étant encore très énergique, et n'est pas le résultat d'une extinction graduelle.

2° La pression artérielle va croissant jusqu'à la phase terminale et le cœur, à lui tout seul, sans assistance vaso-motrice, suffit à produire cet effet, comme l'ont montré nos expériences de circulation artificielle et nos recherches avec des cœurs de mammifères à circuit réduit à la circulation pulmonaire coronaire.

3° Les accidents arythmiques se caractérisent par des systoles redoublées, triples, multiples, par des accès de tétanos passagers, ébauches du tétanos final qui n'est que l'expression la plus accusée de l'action stimulante croissante du myocarde.

4° Dans l'empoisonnement suraigu obtenu par l'injection d'une forte dose de digitaline au voisinage immédiat du ventricule gauche, dans une veine pulmonaire, le cœur se comporte exactement comme si la double vagotomie venait d'être pratiquée ou comme si les nerfs accélérateurs étaient soumis à une excitation forte et prolongée : il soutient sans faiblir l'énorme élévation de la pression artérielle qui résulte de son augmentation d'énergie.

5° La mort subite du cœur digitaliné ou strophantiné se caractérise par un accès de tétanos plus ou moins dissocié, dont la

Digitized by Google

nature se démontre au moyen de l'exploration des pressions intra-ventriculaires tout comme avec une exploration myocardique, pratiquée à l'aide d'une pince myocardique spéciale.

II. *Effets des excitations directes électriques ou mécaniques du cœur.* — L'action stimulante ventriculaire des excitations électriques du cœur des animaux à sang froid est bien connue et facile à analyser grâce à la tolérance du myocarde. Elle est moins aisément démontrable sur le cœur de la plupart des mammifères qui est souvent tué d'emblée par une excitation électrique ou mécanique, comme on le sait depuis longtemps. Toutefois en agissant sur les oreillettes, sur la droite de préférence, on peut provoquer des accès de tétanos ventriculaire en tout semblables à ceux de l'empoisonnement digitalinique ; de même, en s'adressant à un cœur de mammifère tolérant comme celui du nouveau-né et du lapin (Mac-William Gley) ou au cœur du chien chloralisé (Gley, François-Franck), cocaïné localement ou ayant subi l'effet d'une cocaïnisation générale (François-Franck), on peut facilement obtenir des tétanisations passagères plus ou moins prolongées, des systoles redoublées simples ou en série, en un mot des accidents de tous points semblables à ceux de la digitalinisation.

La mort du cœur des mammifères tués par la faradisation directe ou par la digitaline et la strophantine est identique : de part et d'autre c'est une tétanisation du myocarde qui tue les ventricules, et le relâchement ne vient qu'ensuite avec la trémulation fibrillaire signe de mort confirmé.

Le cœur meurt de la même façon quand un liquide irritant (sublimé, chloral, etc.) pénètre dans ses artères coronaires.

III. *Les influences qui atténuent les effets des excitations directes du myocarde rendent également le cœur moins impressionnable à l'action des poisons systoliques.* — Ici un simple énoncé suffit : le chloral et la cocaïne absorbés à doses suffisante rendent le cœur plus tolérant pour les excitations directes et pour la digitaline et la strophantine : il faut augmenter de moitié ou d'un tiers la dose de ces poisons pour obtenir les mêmes effets sur le cœur. Il en est de même pour les autres conditions d'atténuation de l'excitabilité du myocarde.

L'assimilation entre l'action cardiaque des poisons systoliques et celle des excitations directes du myocarde repose donc sur des données assez précises pour qu'on soit autorisé à considérer les poisons du groupe digitale comme de puissants agents de stimulation du myocarde. Cette influence me paraît dominer toute la série des effets qu'ils provoquent, aussi bien aux doses thérapeutiques qu'aux doses toxiqoes et mortelles.

**Les modifications du sang après la splénectomie**, par MM. Hartmann et Vaquez. — Nous avons pu observer pendant trois ans des malades auxquels l'un de nous avait pratiqué la splénectomie, et nous avons noté différentes particularités, dont certaines ont paru assez spéciales, rappelant les résultats obtenus par les physiologistes, à la suite des splénectomies expérimentales. Pour nous mettre à l'abri d'erreurs imputables à l'acte opératoire lui-même, nous avons examiné parallèlement le sang de malades chez lesquelles on avait fait une laparotomie pour toute autre cause qu'une affection de la rate.

Nous en sommes arrivés aux conclusions suivantes :

La splénectomie s'accompagne de modifications du sang, dont les unes sont banales, dont les autres, au contraire, présentent quelques caractères de spécificité.

Comme modifications banales nous noterons :

1° L'abaissement du chiffre des globules rouges ;

2° La leucocytose post-opératoire ; mais celle-ci doit être rapide, transitoire, affectant toutes les variétés de leucocytes.

Les modifications du sang plus spéciales à la splénectomie semblent être :

1° Dans une certaine mesure, l'abaissement du chiffre de l'hémoglobine et la lenteur de son relèvement, modification analogue à celle constatée expérimentalement par M. Malassez ;

2° Une leucocytose lymphocytique tardive, se produisant de quatre à six semaines après l'opération, et dont la durée est variable. Vinogradoff et Kourloff l'ont également notée.

3° L'apparition habituelle, mais très tardive, d'une leucocytose éosinophile modérée.

Les splénectomies chirurgicales sont, en résumé, de mauvais sujets d'étude pour les modifications du sang consécutives à l'ablation de la rate. Les incidents opératoires, inévitables, bien que différents dans leur conséquence, gênent considérablement les conditions de l'expérience, en dehors de ce fait également important que l'on n'intervient que sur des organes atteints d'affections diverses, dont la suppléance fonctionnelle semble s'être le plus souvent établie par avance.

---

## Société obstétricale et gynécologique

*Séance du 14 janvier 1897*

M. Maygrier : **Insertion du placenta sur une tumeur utérine, probablement de nature fibromateuse.** — Cette femme s'était présentée pour accoucher à Lariboisière ; elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante qui l'avait profondément anémiée.

Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort.

On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique ; il était en quelque sorte scléreux. La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie on trouva au niveau du segment inférieur une tumeur ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

M. Tissier : **Rupture sous-péritonéale de l'utérus** produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie on trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. Porak fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigné de l'utérus avec de la gaze iodoformée Il ne faut pas faire d'injections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

M. Paul Petit : **Traitement du prolapsus génital chez la femme.** — L'auteur est toujours resté fidèle au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que

Digitized by Google

dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

M. Pichevin reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'etat des annexes ; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

M. Doléris est le partisan convaincu de l'opération d'Alexander, c'est une opération physiologique et, à l'heure actuelle, il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

## BIBLIOGRAPHIE

**La thérapeutique des vieux maîtres**, par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax), membre correspondant de l'Académie de médecine (1).

« Vivre dans le passé, quelle chose exquise! Que pèsent les lourdeurs de l'heure présente à qui s'enfonce dans la lecture des vieux maîtres? Leur foi en la science leur soufflait l'énergie au travail ; l'agitation d'une époque troublée maintenait leur esprit en haleine ; ils se sentaient vivre ; le scepticisme ne les avait pas atteints. »

Ce passage, extrait de la préface de M. Fiessinger, montre déjà le but de ce livre, que j'ai lu et relu pour ma part avec le plus vif intérêt. Qu'on ne s'y trompe pas ! Ce n'est pas seulement une œuvre de patiente érudition, c'est mieux que cela : c'est une œuvre de profonde philosophie médicale, c'est encore une œuvre féconde pour la pratique médicale, et tous les médecins puiseront dans cette lecture des travaux du passé, les plus précieux enseignements pour la thérapeutique du présent et de l'avenir. Comme l'auteur le dit si bien : « Un fait enfonce toujours sa racine dans un fait antérieur qui lui sert de base ; s'il s'épanouit en frondaisons ombreuses, c'est que nos pères avaient fumé le sol. »

Ce livre est encore une œuvre littéraire de premier ordre. Ecrit dans un style incisif, précis et imagé, il intéresse parce qu'il fait revivre les grands maîtres d'autrefois, parce qu'il les montre ce qu'ils étaient, et leurs portraits sont faits de main de maître. Lisez ceux de Fernel, de Jacques Houillier, de Van Helmont, de Sydenham, de Stahl pour lequel l'auteur montre une prédilection très justifiée, de Barthez, de Corvisart et de Broussais, et vous éprouverez comme moi le plus grand charme.

En un mot, M. Fiessinger vient de faire paraître une œuvre des plus remarquables, à laquelle j'ai prédit, dès son apparition, le succès le plus considérable. Je suis heureux de voir que je ne me suis pas trompé ; car, toute la presse médicale a été unanime pour donner les plus grands éloges à cette publication qui fait le bonheur de son éditeur puisqu'elle s'enlève rapidement. Elle sera très utile aux praticiens, elle leur montrera que des médications oubliées auraient besoin d'être reprises, que certains des « vieux maîtres » d'autrefois peuvent encore être utilement consultés, et que l'œuvre de quelques-uns doit être réhabilitée. Deux des plus beaux chapitres, au point de vue scientifique et littéraire, sont relatifs à Stahl et à Broussais. Du reste, tout est à lire dans ce volume, un des meilleurs, un des plus personnels, un des plus instructifs que j'aie lus pour ma part depuis bien longtemps. Et non seulement j'adresse mes plus chaleureuses félicitations à M. Fiessinger, mais je le remercie bien sincèrement du plaisir qu'il m'a fait éprouver à la lecture de chaque page de son livre si documenté et si instructif. — Henri Huchard.

(1) Un vol. gr. in-8° de 335 pages. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. — Prix : 5 francs au lieu de 7 fr. 50 pour les lecteurs du *Journal des Praticiens*. (Il suffit de demander ce livre *directement* à la Société d'Editions scientifiques.)

## NOMINATIONS DANS LA LÉGION D'HONNEUR

M. Schwartz, notre cher collègue, collaborateur et ami, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur avec la mention suivante : *20 ans de pratique médicale, auteur de nombreuses études scientifiques*. Voilà une croix bien gagnée, et gagnée depuis longtemps ; elle honore notre excellent ami, elle honore aussi le *Journal des Praticiens* qui se sent un peu « décoré » lui-même, puisqu'il a reçu, depuis sa fondation, la plus grande partie de ces « nombreuses études scientifiques ». Aussi, sommes-nous assurés que les lecteurs de notre publication se joindront au Comité de rédaction tout entier pour adresser à M. Schwartz les plus chaleureuses, les plus vives félicitations, avec l'expression d'une bien sincère reconnaissance. Le directeur de ce journal donne avec bonheur la fraternelle accolade au nouveau chevalier de la Légion d'honneur, au chevalier sans peur ni reproche.

M. Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine depuis 22 ans, avec 11 années de services supplémentaires, vient également d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Cette décoration n'a qu'un tort, c'est de venir un peu tard pour récompenser le mérite, des services considérables rendus à cette bibliothèque, si riche en volumes et si pauvre dans son misérable réduit... Par l'unanimité des félicitations qui ont accueilli cette nomination, M. Dureau — le modèle accompli du bibliothécaire parfait, savant et aimable — a dû voir en quelle profonde et haute estime il est tenu par tous ceux qui ont le bonheur de le connaître, de l'apprécier, c'est-à-dire de l'aimer. Et pour ma part, je suis heureux de cette circonstance qui me permet de lui adresser personnellement, avec mes plus vives félicitations, l'expression de ma reconnaissante et inaltérable amitié.

M. Ranvier, l'éminent professeur du collège de France, vient d'être promu officier de la Légion d'honneur. Voilà encore une décoration honorant aussi bien celui qui l'a reçue que celui qui l'a donnée. Car, M. Ranvier est un des hommes dont la science française doit se montrer bien fière, en raison de ses travaux si considérables.

M. Rambaud, ministre de l'instruction publique, qui — on ne saurait trop le dire — a eu la main particulièrement heureuse dans le choix de ces récompenses nationales, nous permettra de lui dire qu'il a cependant commis un oubli regrettable. A la Faculté de Lyon, il y a un professeur éminent, précisément un des élèves de M. Ranvier, M. J. Renaut qui élève depuis de longues années un impérissable monument à l'anatomie pathologique et à l'histologie, qui honore la médecine française par son travail persévérant, par sa haute probité professionnelle et scientifique, par ses grandes découvertes, par la vaillance de son enseignement, et l'on est confondu d'étonnement en apprenant que sa boutonnière ne porte pas encore le simple ruban de la Légion d'honneur. Sans doute, il peut se contenter de la belle *décoration morale* que lui ont déjà décernée ses nombreux élèves, ses collègues et admirateurs ; mais le gouvernement s'honorerait lui-même, il honorerait la Légion d'honneur elle-même en décernant une distinction que M. J. Renaut a depuis si longtemps méritée. — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Thérapeutique chirurgicale

## De la hernie péritonéo-vaginale. — Cure radicale.

Par le Dr Ed. Schwartz,

*Chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à Faculté de médecine.*

Nous venons d'opérer devant vous successivement deux hernies congénitales, que nous avions examinées ensemble et dont le diagnostic avait été fait; nous profiterons de ces deux cas pour étudier la variété de hernie à laquelle nous avons eu affaire et vous montrer la conduite à tenir au point de vue opératoire.

Voici d'abord les deux observations telles qu'elles ont été recueillies par M. Ferry, externe du service.

Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, fort et de bonne apparence, garçon marchand de vins, entré dans notre service le 18 janvier 1897. Rien de notable dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que la mère et son grand-père paternel étaient tous deux porteurs d'une hernie. Sa hernie a débuté il y a 6 ans; en faisant un effort, il ressentit une douleur très vive dans l'aîne; un médecin qui le vit alors diagnostiqua une pointe de hernie et lui fit porter un bandage qui l'a toujours bien maintenue depuis.

Cependant, depuis un mois, la bourse gauche a considérablement augmenté de volume, en même temps que des tiraillements désagréables dans l'aine empêchaient tout travail un peu dur.

L'examen nous permit de constater qu'il existait, en effet, une hernie inguinale probablement constituée par de l'épiploon et ne dépassant pas l'orifice inguinal externe; cette hernie est irréductible au moins en totalité; il existe en outre une hydrocèle manifeste, transparente, enveloppant le testicule qui est en bas et en arrière; la tumeur de la forme et du volume d'une poire moyenne, se pédiculise jusque vers le canal inguinal; elle est irréductible.

Nous portons le diagnostic de hernie inguinale externe compliquée d'hydrocèle; nous avons ajouté que nous avions probablement affaire à une hernie congénitale, vu l'âge du malade, l'apparition brusque de la hernie, quoiqu'il ait une paroi abdominale forte et bien constituée; le diagnostic probable est devenu certain par le fait que l'hydrocèle a totalement disparu, s'est réduite sous l'influence des pressions exercées sur les bourses pour en faire la toilette préopératoire.

Il s'agissait d'une hernie vagino-péritonéale compliquée d'hydrocèle. Nous vous dirons plus loin ce que nous a montré l'opération pratiquée pour la guérir.

Dans le second cas, c'était encore un grand garçon de 20 ans, charbonnier, qui s'est toujours connu la hernie dont il est porteur. A l'âge de 11 ans il reçut dans l'aine un coup de barre de fer, mais n'en ressentit aucun mal. Il a toujours porté un bandage. Le 26 décembre 1896, en faisant un effort pour lever un sac de charbon, il sentit la hernie descendre jusqu'au fond des bourses; elle était grosse comme les deux poings, tendue et douloureuse. Un médecin appelé aussitôt put la rentrer. Le même accident s'est reproduit le 22 janvier; cette fois la réduction fut impossible; il fut pris de vomissements incessants, de ballonnement qui le firent adresser dans notre service où, à la suite d'un grand bain chaud, la hernie rentra spontanément sans aucun taxis.

Au moment où nous l'examinons, le lendemain, on constate nettement qu'il existe une épiplocèle irréductible en totalité; elle est nettement inguinale externe; de plus, l'épiploon paraît adhérer au testicule qui est entraîné avec lui quand on essaye de le refouler dans le ventre.

Tous les caractères de cette hernie se présentaient comme ceux d'une hernie congénitale péritonéo-vaginale avec cette particularité en plus de l'adhérence du testicule aux franges épiploïques.

Laissez-moi vous exposer avant de passer au traitement ce que nous entendons par hernie congénitale et en particulier par hernie péritonéo-vaginale.

La hernie inguinale congénitale est le résultat d'un vice de conformation tenant lui-même à un arrêt du développement du canal vagino-péritonéal.

Ce dernier, comme l'ont bien montré les travaux déjà anciens de J. et W. Hunter, puis ceux de Cloquet et de Malgaigne, enfin plus récemment les recherches de Féré et surtout de Ramonède (*Th. Paris*, 1881), fait largement communiquer la vaginale et le péritoine alors que le testicule est déjà dans les bourses et ne commence guère à s'oblitérer, d'après H. Sachs, que du dixième au vingtième jour après la naissance. Cette oblitération commence à la partie moyenne du cordon pour se faire vers en haut jusqu'à l'orifice inguinal interne, vers en bas jusqu'à la vaginale.

Supposez, le testicule étant en place, que l'oblitération ne se produise pas, que la communication persiste, il résultera de cette disposition un véritable sac herniaire préformé dans lequel les viscères pourront s'insinuer soit dès la naissance, soit bien plus tard, ce qui est beaucoup plus fréquent, pour constituer la variété de hernie qu'on a appelée *péritonéo-vaginale*.

Vous me répondrez, d'après tout cela, que ce qui est congénital ce n'est pas la hernie, mais bien le vice de conformation qui lui permet de se produire. Nous n'insisterons pas devant vous sur les autres variétés de hernies congénitales qu'on peut observer soit qu'il y ait ou non ectopie testiculaire concomitante, c'est-à-dire arrêt plus ou moins marqué dans le développement et la descente du testicule dans les bourses; nous aurons, certes, l'occasion de vous parler de ces lésions plus compliquées.

Le diagnostic de la hernie péritonéo-vaginale peut être impossible, difficile ou très simple.

Chez notre second malade, outre l'âge, outre ce fait que la hernie a toujours existé depuis qu'il s'observe, qu' le

Digitized by Google

a été d'emblée volumineuse toutes les fois qu'elle sortait et tombait dans les bourses, nous avions à notre disposition un caractère pathognomonique ; c'est l'ascension du testicule, quand on essayait de réduire ce qu'il y avait dans le sac; toutes les fois que vous constaterez cette dépendance, cela vous indiquera des adhérences directes du contenu avec le testicule et par conséquent une hernie péritonéo-vaginale ou péritonéo-testiculaire comme on l'a encore appelée.

Chez notre premier malade, outre les signes qui nous permettaient, comme dans le cas précédent, de présumer la congénialité, vous avez pu voir se produire un phénomène très intéressant qui l'a affirmée d'une façon décisive, c'est la coïncidence d'un épanchement dans le sac, épanchement qui, sans rupture, s'est réduit sous l'influence des pressions exercées par l'aide qui préparait le champ opératoire. Cette réductibilité et réduction du liquide ne pouvait tenir qu'à une communication entre l'hydrocèle et le péritoine ; et comme c'était manifestement une hydrocèle vaginale, il s'agissait sans contestation d'une hernie péritonéo-vaginale avec hydrocèle concomitante.

Le traitement par la cure radicale a confirmé complètement les faits que nous venons de vous relater.

La cure radicale d'une hernie péritonéo-vaginale consiste :

1° Dans la mise à nu après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, du canal vagino péritonéal.

2° On l'ouvre et on le décolle du cordon qui en est presque toujours enveloppé ; le temps du décollement est d'autant plus facile qu'on se rapprochera plus de l'orifice interne du canal inguinal ; c'est pour cela que nous vous conseillons avec tous les opérateurs de faire ce décollement dans la région inguinale même et au niveau du cordon proprement dit.

Si le sac contient de l'épiploon adhérent ou non, on le réduit après résection d'une bonne partie pour éviter l'amorce d'une nouvelle hernie.

3° Le cordon bien séparé du sac, celui-ci est sectionné transversalement; la partie supérieure sera traitée comme un sac herniaire ordinaire, décollé le plus loin possible, puis liée et réséquée; l'inférieure sera fermée par un surjet de catgut ou quelques points de soie pour refaire la vaginale testiculaire. L'opération est terminée comme pour une hernie ordinaire. Vous m'avez vu accomplir tous ces temps pour les deux cas que j'ai opérés devant vous.

Vous avez pu constater que dans le premier nous avions affaire à une hernie péritonéo-vaginale qui présentait ceci de spécial, un épiploon très adhérent dans un trajet vagino-péritonéal relativement large ; l'épiploon formait bouchon et empêchait le liquide de refluer dans le ventre facilement ; la partie du sac séreux où l'épiploon était situé était épaisse, dure et munie à sa partie supérieure d'une sorte de repli valvulaire que vous trouvez souvent dans les hernies congénitales. Nous avons décollé l'épiploon reséqué ce qui était altéré après l'avoir tiré hors du ventre et lié. La hernie ayant été traitée comme je vous l'ai montré plus haut, j'ai fait en outre la cure radicale de l'hydrocèle, en emportant largement, d'après Bergmann, toute la séreuse péritesticulaire, rugueuse à sa face interne et épaissie.

Dans le second fait, après avoir largement ouvert le sac, j'ai pu vous faire voir les adhérences unissant la tête de l'épididyme à l'épiploon; après les avoir décollées, lié et réséqué un gros morceau d'épiploon enflammé environ 50 grammes, nous avons pu, après résection du trajet supérieur, reconstituer la vaginale.

Pour ces deux hernies, toutes deux chez des jeunes gens de 20 ans à paroi abdominale bien musclée, nous avons pratiqué le procédé de l'abaissement, consistant, pour la renforcer à décoller le petit oblique et le transverse, puis à les suturer, après abaissement, à l'arcade crurale en ne laissant de la place que pour le passage du cordon. Les piliers sont suturés par-dessus le tout.

Vous dirai-je en terminant que les hernies congénitales poussent à la cure radicale non seulement par les bons résultats que nous donne l'opération, mais encore par la menace et la gravité des accidents d'étranglement auxquels elles sont exposées d'une façon spéciale.

## Causerie clinique & thérapeutique (1)

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

I. — **Quelques remarques sur le goitre exophtalmique.** — La jeune fille que je vous présente est âgée de 23 ans. Au mois de mars 1896, elle éprouve une violente frayeur ; deux mois après, apparaît le syndrome basedowien : gonflement du cou, exophtalmie, palpitations, tremblement, état nerveux, etc. Ici, l'effet a suivi la cause de deux mois, mais il y a des cas dans lesquels l'intervalle qui sépare la cause de l'effet est moins long; il n'est parfois que de quelques jours, de quelques instants même. On ne saurait trop insister sur la peur, la colère, la frayeur dans l'étiologie de la maladie de Basedow, et lorsqu'on recherche avec attention un de ces facteurs, on le retrouve souvent comme cause occasionnelle.

La malade présente à l'heure actuelle un gros goitre qui a commencé par le côté droit, avec battements carotidiens, facies rouge, yeux saillants, étonnés, fixes. Nous notons encore de la tachycardie avec pression artérielle plutôt faible (13), des troubles vaso-moteurs des membres supérieurs (sorte d'érythromélie), et du tremblement.

Ce tremblement ne présente pas les caractères nets du tremblement basedowien. Découvert pour la première fois par Guéneau de Mussy, il a été bien étudié par Marie : c'est un tremblement généralisé, à oscillations très petites, brèves, fines, rapides, enfin c'est un tremblement vibratoire, et pour s'en convaincre, il suffit d'appliquer la

(1) Recueillie et rédigée par M. Robert, externe du service.

Digitized by Google

main sur les deux épaules pour sentir le corps vibrer sous les doigts.

Vers le mois de juillet dernier, la malade a eu une *crise d'amaigrissement* qui a duré deux mois, et depuis cette époque elle a repris son embonpoint; son état actuel est excellent. J'attribue ces crises d'amaigrissement dont j'ai déjà parlé (2) à l'hyperthyroïdisation, et en effet, on sait aujourd'hui que le meilleur moyen de maigrir est d'ingérer des lobes de corps thyroïde.

Le symptôme de *l'effondrement des jambes* signalé par Charcot et avant lui par Buzzard, en Angleterre, sous le nom de *giving way of the legs*, se voit non seulement dans la maladie de Basedow, mais encore dans la neurasthénie et le tabes. Notre malade n'accuse pas ce symptôme.

Signalons encore chez elle des « douleurs au cœur », sans sensation anginiforme, et pas de souffle valvulaire.

Le pouls est faible, rapide à 140°. De plus, si nous examinons longtemps cette malade, nous voyons qu'elle a presque continuellement de légers mouvements involontaires, choréiformes, véritable instabilité musculaire.

Quel traitement allons-nous instituer à cette malade ?

Quelques auteurs ont tenté le traitement thyroïdien. C'est là un traitement antiphysiologique, contre-indiqué, puisque la maladie relève d'une hyperthyroïdation.

Les douches combattront l'élément nerveux. Germain Sée recommandait la teinture de veratrum viride à la dose de V à XV gouttes par jour, et j'ai obtenu quelques bons résultats de l'emploi de ce médicament.

La digitale est indiquée quand la cœur est trop agité ; mais il faut savoir manier ce médicament. Quand on veut agir contre un état asystolique, il faut toujours donner la digitale à dose massive. Aussi, je prescris en une fois cinquante gouttes d'une solution de digitaline au millième, et quelques jours après nous voyons disparaître les congestions etles œdèmes, et les urines augmenter. Quand on veut produire un effet sédatif sur le cœur, il faut agir à doses faibles : dix gouttes de la même solution pendant cinq jours, et c'est ce qu'il faudrait faire dans notre cas.

Notre malade a de la tachycardie, une pression faible, quelques troubles vaso-moteurs (paralysie vaso-motrice) il y a donc là une indication d'agir sur le système vaso-moteur ; aussi, lui avons-nous donné les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Bromhydrate de quinine..... | 4 grammes |
| Extrait aqueux d'ergot de seigle | 4 — |

Pour 40 pilules. — 3 à 6 par jour.

J'ai encore obtenu de bons effets de l'antipyrine, bons effets signalés dans la thèse d'un de mes élèves, Arduin, en 1885. Je la donne à la dose de 1 gramme par jour pendant 10 jours chaque mois.

Du traitement chirurgical je ne parle pas, bien que des travaux prétendent que le seul traitement réside dans la chirurgie : thyroïdectomie, section du sympathique cervical (Jaboulay); exothyropexie, etc. Les injections iodées qui ont été préconisées ne donnent ordinairement que peu de résultats, et ici, il faut y renoncer.

**II. Quelques contre-indications de la digitale** (*Palpitations d'origine extra-cardiaques chez les cardiopathes; tachycardie toxique; rétrécissement aortique*).

Quand un malade, dit M. Potain, vient à vous et ne se plaint que de palpitations cardiaques et rien que de cela, il n'a pas une affection du cœur. Stokes l'avait également remarqué, comme Sénac au siècle dernier.

D'autre part, quand un malade, aortique ou mitral, se plaint de palpitations, il ne faut pas toujours mettre celles-ci sur le compte de l'affection du cœur. Ce malade peut être dyspeptique, il peut avoir fait abus de tabac, de café, de thé et avoir des palpitations tenant à ces différentes causes. Au point de vue clinique et thérapeutique, ces faits ont une importance considérable; car, au lieu de prescrire la digitale, il suffira tantôt de traiter la dyspepsie, tantôt de supprimer le tabac, le café ou le thé pour voir disparaître ces palpitations. Je vous montre plusieurs malades qui rentrent dans cette catégorie, et vous avez vu que le traitement de la cause a réussi à calmer ces palpitations contre lesquelles tous les médicaments cardiaques sont impuissants.

Voici maintenant un autre malade : il présente une tachycardie très manifeste (120 à 130 pulsations). On lui a donné en ville de la digitale, et encore de la digitale, et vous voyez que celle-ci a été sans action. Je vais même plus loin, et je crois que ce médicament a contribué à prolonger cet état tachycardique. Pourquoi? C'est parce que cette tachycardie est *d'origine toxique*, comme la dyspnée d'effort dont il est atteint. Faites marcher le malade, et vous verrez apparaître sous l'oreille un bruit de galop des plus manifestes. Or, ne l'oubliez pas : *la tachycardie accompagne toujours et précède souvent le bruit de galop.* Dans ces conditions, la digitale ne peut rien, et le régime lacté exclusif parviendra à faire disparaître ces trois symptômes : dyspnée toxique, tachycardie, bruit de galop. La dyspnée disparaîtra en premier lieu, au bout de 5 à 10 jours, puis la tachycardie, et le bruit de galop résistera plus longtemps, pendant des semaines ou des mois; mais, il finira par disparaître sous l'influence du régime alimentaire.

Voici un malade âgé de 33 ans. Il n'a pas eu de rhumatisme, il n'est pas éthylique. Il présente un souffle systolique à droite du sternum, il a manifestement un rétrécissement aortique. Je demande à ce malade s'il n'a pas eu de pneumonie ou de fluxion de poitrine; car on sait que l'endocardite pneumonique a une prédilection pour l'aorte. Mais ici, cette étiologie ne peut être invoquée.

Chez lui, il y a eu erreur de thérapeutique, la digitale lui ayant été prodiguée à profusion. Or, la digitale dans le rétrécissement aortique comme dans toute lésion cardiaque bien compensée, est un non sens quand il n'y a pas d'asystolie; on peut cependant la donner, mais à doses

(2) *Journal des Praticiens*, 1896.

Digitized by Google

faibles et répétées, quand le malade présente de l'éréthisme cardiaque comme dans le cas présent, et je me suis bien trouvé de l'association du bromydrate de quinine et de la digitale, suivant cette formule :

Bromhydrate de quinine..... 1 gr. 50.
Poudre de digitale..... 0 gr. 50.
Pour 10 pilules. Prendre 1 pilule par jour pendant 10 jours.

# ÉTUDE CLINIQUE

## Des abcès sous-diaphragmatiques

I

Le péritoine, pour tapisser les divers organes en rapport avec la face inférieure du diaphragme, forme de nombreux replis délimitant des culs-de-sac séreux, que la péritonite adhésive arrive facilement à isoler de la grande séreuse péritonéale. Ces loges sont surtout nettes à la face supérieure du foie, où le ligament coronaire et le ligament suspenseur, habituellement respectés, forment des limites naturelles; mais elles peuvent aussi occuper le côté gauche, entourant l'extrémité supérieure de la rate et se limitant en bas par les adhérences de l'estomac et du colon transverse à la paroi abdominale. Si l'inflammation des viscères sous-jacents, qui a produit les adhérences, aboutit à une perforation avec évacuation de pus ou de matières gastriques ou intestinales, des cavités accidentelles sont envahies par la suppuration et ainsi se trouve constitué l'abcès sous-diaphragmatique.

Ces collections sont relativement rares; leur situation profonde les dérobe longtemps aux investigations. Leurs symptômes manquent de précision; au début, ils peuvent être masqués par les signes de la maladie initiale, plus tard, ils sont modifiés par l'addition de phénomènes nouveaux, résultant de la compression et de l'envahissement des organes voisins. Toutes ces circonstances rendent le diagnostic de ces abcès très obscur, les exposent à être trop longtemps méconnus et à ne recevoir le traitement qui leur convient qu'à une période où les lésions locales et l'altération de l'état général sont au-dessus de toutes ressources. Enfin, une fois reconnus ou soupçonnés, l'incertitude peut être grande sur la meilleure voie à suivre pour les atteindre. Il en résulte un chiffre de mortalité extrêmement élevé (82 0/0, Scheurlen); et cependant les heureux résultats obtenus dans les cas, où un diagnostic précoce a pu être fait, portent à penser que leur gravité serait très atténuée, s'ils étaient mieux connus.

II

La connaissance des conditions favorisant leur production est très importante, car ces abcès demandent à être recherchés et le plus souvent ce sont les antécédents du malade qui pourront mettre sur la voie.

A ce point de vue, il faut citer en première ligne l'ulcère de l'estomac, qui réalise absolument le processus capable d'amener une suppuration sous-diaphragmatique enkystée : au début, la péritonite locale adhésive, puis ultérieurement la perforation possible avec épanchement de matières septiques dans la loge préformée. Aussi l'ulcère figure-t-il pour 42 cas sur 170 abcès sous-diaphragmatiques réunis par Lang (1895) et pour 11 sur 34 dans la statistique de Scheurlen (1889). L'ulcère peut ne plus donner aucun signe clinique et même être cicatrisé (Rigal) quand l'abcès éveille l'attention.

L'ulcère du duodénum est au moins aussi dangereux au point de vue qui nous occupe; le chiffre de 10 cas sur 170 abcès (Lang) est très élevé si l'on considère la plus grande rareté de la localisation duodénale de l'ulcère. L'ulcération néoplasique de l'estomac n'aboutit que très rarement à cette complication, cependant Hilton Fagge en cite un cas.

Les inflammations des voies biliaires peuvent être une source d'abcès sous-diaphragmatiques (17 fois sur 170); soit qu'un abcès biliaire s'ouvre à la face convexe du foie; soit que la suppuration ait son origine dans la vésicule biliaire, ainsi que la thèse de Deschamps (1886) en contient plusieurs exemples, entre autres des cas de cholecystite typhoïde. On trouve réunies dans le même travail plusieurs observations d'abcès hépatiques ou périhépatiques d'origine dysentérique.

Les kystes hydatiques suppurés du foie peuvent se rompre dans une loge sous-diaphragmatique; tel est le cas rapporté par Trousseau dans ses cliniques, cas dans lequel le diagnostic ne fut fait que par l'expulsion de membranes hydatiques au moment où l'on ponctionnait un empyème consécutif à l'abcès. Herrlich (1886) ouvrit par l'opération de l'empyème avec résection costale un abcès fétide sous-diaphragmatique contenant des vésicules hydatiques; le malade guérit. Frœnkel et Kœrte ont publié un cas où le diagnostic avait été porté; le malade fut opéré par la voie transpleurale, mais mourut par blessure de la veine porte (1893).

L'origine splénique des abcès sous-diaphragmatiques est notablement plus rare (3/170e). Tantôt, on trouve comme lésion causale un abcès de la rate consécutif à des altérations diverses : endocardite infectieuse (Herrlich), ulcère de l'estomac (Scheurlen); tantôt une rupture traumatique. Lampe (1895) en a publié un cas dans lequel la guérison fut obtenue par une résection costale multiple.

Les organes ayant un rapport immédiat avec le diaphragme ne sont pas les seuls capables d'amener un empyème sous-phrénique. C'est ainsi que souvent on retrouve l'origine de ceux-ci dans une perforation intestinale plus ou moins lointaine. A ce titre, l'appendicite perforante vient évidemment en première ligne. Sur 34 abcès, Scheuler a relevé 6 fois une origine appendiculaire, et Long 26 fois, un début cœcal ou appendiculaire sur 170 cas.

Ces suppurations sous-diaphragmatiques surviennent en général pendant la phase aiguë de l'appendicite; mais elles peuvent se montrer même dans une appendicite ancienne (Herrlich).

Digitized by Google

Les ulcérations des autres portions de l'intestin donnent moins souvent naissance à cette complication; cependant le fait a été observé notamment pour des ulcérations dysentériques du colon (Williams).

Les infections coliques peuvent-elles amener un abcès à distance, sans perforation et par simple migration des micro-organismes à travers les parois intestinales? C'est ce qu'admet Jonesco en interprétant un fait récent de sa pratique.

Enfin, il faut citer aussi parmi les viscères de l'abdomen, les reins et les organes génitaux de la femme, dont les altérations peuvent amener un empyème sous-phrénique. Mais lorsque la lésion initiale siège loin du diaphragme, il ne faut considérer comme abcès sous-phréniques, que les cas où la suppuration est limitée à la région et éliminer ceux où la collection sous-diaphragmatique n'est qu'une fusée purulente émanée d'un grand foyer péritonéal. Tel est le cas de Grawitz où une vaste suppuration prenant naissance à l'appendice, passait dans le tissu rétropéritonéal jusqu'à la face inférieure du diaphragme et de là s'ouvrait dans la plèvre. Ainsi compris les abcès sous-diaphragmatiques à source lointaine peuvent être considérés comme rares.

Pour terminer les origines intra-péritonéales de ces abcès, mentionnons les kystes sanguins des hypochondres, véritables hématocèles suppurées (Méry, 1885) et la péritonite tuberculeuse qui, dans certains cas, détermine un véritable pyopneumothorax sous-phrénique (Boullend). Thouvenin en décrit un bel exemple dans sa thèse (1896). Deux vastes excavations, communiquant entre elles, occupaient les hypochondres et refoulaient la rate et le foie; la gauche, plus volumineuse s'élevait jusqu'à la 4e cote et avait fait croire à tort à une pleurésie. Le péritoine était partout semé de granulations tuberculeuses, mais la suppuration était limitée à ces deux foyers.

Les suppurations intra-thoraciques et en particulier la pleurésie purulente sont rarement l'origine d'abcès sous-phréniques (6 cas seulement sur 170). Dans ses migrations anormales, l'empyème a bien plus de tendance à fuser à travers le diaphragme dans la région lombaire, qu'à s'étaler au-dessus du foie. Toutefois Lampe en cite un cas qui guérit par incision accompagnée de résection costale. Gayde (1880), de son côté, a publié un fait de pleurésie métapneumonique avec vaste abcès sus-hépatique. En voulant évacuer cette pleurésie, on ouvrit l'abcès abdominal et on manqua la plèvre qui, bien que contenant deux litres de pus, présentait des adhérences à la base.

En terminant cette énumération des causes les plus habituelles, il faut ajouter que dans un certain nombre de cas il est impossible de saisir l'origine des abcès sous-phréniques.

III

L'évolution de ces suppurations peut être absolument latente et ne se révéler que trop tard par un accident grave, ou même par la mort subite. Il en fut ainsi chez une fillette, observée par Langer (1878). A la suite d'une périthyphlite elle eut des foyers purulents multiples et en particulier une vaste collection sous-diaphragmatique, qui amena une syncope mortelle en se déversant brusquement dans la plèvre. L'enfant continuait à marcher malgré ses foyers de péritonite et succomba inopinément pendant qu'elle était assise sur une chaise. Le début est également insidieux, s'il se produit dans le cours d'une maladie grave, c'est le cas des abcès consécutifs à la cholécystite typhoïde.

Le plus souvent l'abcès s'annonce par une douleur vive, plus ou moins localisée à l'épigastre ou à un hypochondre, s'irradiant parfois vers l'épaule correspondante. Cette douleur peut stimuler le point de côté des affections thoraciques. Elle siège habituellement plus bas que celui-là, mais comme lui elle s'exagère par les mouvements respiratoires et détermine de l'angoisse et de la dyspnée. Le malade observé par Vanlair (1893) n'avait pas de sensation d'oppression, mais seulement une polypnée très marquée. La pression au-dessous du rebord des côtes, le refoulement des organes profonds augmentent la douleur, mais on ne constate pas les points douloureux décrits dans la pleurésie diaphragmatique. Cette douleur initiale s'accompagne souvent d'un frisson qui peut être très violent et d'un cortège fébrile très marqué (40°, Vanlair). Les traits sont souvent altérés; des vomissements répétés et une constipation rebelle peuvent témoigner de la réaction péritonéale. La fièvre se maintient élevée pendant un certain nombre de jours, puis diminue et devient rémittente en même temps que les symptômes généraux s'atténuent. En dehors de la douleur l'examen local ne révèle au début que du tympanisme sus-ombilical, puis progressivement la maladie se constitue avec ses deux ordres de symptômes locaux: la tuméfaction épigastrique et les modifications stethoscopiques du thorax. Ces deux groupes de manifestations peuvent présenter une importance très diverse, l'un peut l'emporter de beaucoup sur l'autre et l'effacer presque complètement.

La tuméfaction épigastrique, plus souvent prédominante à droite, s'accuse de jour en jour; la base du thorax peut être distendue et les rebords costaux déjetés en dehors. Cette tumeur est dure et présente souvent des contours diffus et manquant de netteté. Elle donne à la main une sensation d'empâtement; parfois aussi elle offre une fluctuation nette. Si l'abcès est dû à une perforation gastro-intestinale restée béante, on y reconnaît bientôt la présence de gaz, le centre de la tumeur devient sonore et peut même prendre un son tympanique, capable d'en imposer pour une dilatation de l'estomac (Debove et Rémond). Dans les observations de Pasturaud et de Rigal les caractères de la tumeur changeaient avec la situation du malade; sonore dans le décubitus, elle redevenait mate dans la position assise.

Si l'abcès tend à s'ouvrir du côté de la paroi abdomi-

Digitized by Google

nale, il peut se développer une tuméfaction emphysémateuse à l'épigastre.

Dans quelques cas, l'abcès sous-diaphragmatique se réduit à ces symptômes abdominaux. C'est ce qui eut lieu pour la malade de Debove et Rémond. La ponction aspiratrice donna issue à 500 grammes de pus fétide mélangé de gaz, puis une incision acheva l'évacuation d'un vaste abcès s'étendant au devant du lobe gauche et surtout on arrière où un drain pénétra à 28 centimètres en arrière de la rate. La malade guérit en deux mois. Un abcès sous-phrénique, consécutif à une perforation du colon, évolua sans amener aucune modification appréciable du côté du thorax. Après son incision par la paroi abdominale, cet abcès ayant amené la mort par pyléphlébite, on ne trouva pas de déplacement notable des viscères thoraciques (Williams).

Le plus souvent au contraire l'abcès se traduit aussi par un ensemble des symptômes apparaissant du côté de la poitrine et pouvant, si la tumeur est peu développée ou nulle, égarer complètement le diagnostic.

Les signes sont ceux d'un épanchement pleural simple ou compliqué de pneumothorax. Dans le cas où l'abcès ne contient pas de gaz, on note une matité partant de la base du poumon et remontant plus ou moins haut (à la 3e côte, Muselier et Kirmisson; au-dessus de la 3e côte, Rouis). Si l'abcès siège à gauche, ce qui est le cas le plus rare, l'espace semi-lunaire de Traube est effacé même avec un niveau peu élevé de la matité. La limite supérieure de la matité représente une courbe à concavité inférieure que les auteurs opposent celle de la pleurésie offrant une concavité supérieure. De plus cette matité est loin d'être toujours exactement limitée à un côté. Il est, en effet, fréquent que l'abcès empiète sur les deux côtés, d'une façon inégale d'ailleurs. Dans le cas de Gahde le diaphragme remontait à la 4e côte à droite et au 4e espace à gauche. Dans celui de Glaser, elle atteignait la 8e côte à droite, remontait au mamelon, croisait le sternum au niveau des 3es côtes, par redescendre à gauche à la 5e côte, le diagnostic fut fait. Il faut donc faire une réserve sur l'intégrité du poumon opposé, que Leyden et après lui beaucoup d'auteurs donnent comme moyen le diagnostic entre la pleurésie et l'abcès sous-phrénique. Cette intégrité peut très bien n'exister que dans les régions supérieures, les bases étant le siège d'une compression plus ou moins marquée.

Même dans les cas où le diaphragme est le plus refoulé, il reste une zone skodique sous la clavicule. Les déplacements viscéraux méritent une mention spéciale ; le foie est abaissé, mais peu en général à cause de ses adhérences. Le cœur est refoulé latéralement, mais surtout il est repoussé en haut. Ce signe très important sur lequel insistèrent Frænkel, puis Jaccoud, suffit, lorsqu'il est bien constaté, à faire reconnaître un abcès sous-diaphragmatique assez volumineux.

La direction des 12es côtes serait d'après Guéneau de Mussy spéciale aux collections sous-diaphragmatiques ; au lieu d'être abaissées comme dans les pleurésies elles seraient relevées plus ou moins fortement.

Dans la zone mate les vibrations thoraciques sont abolies et le murmure vésiculaire supprimé, mais l'un et l'autre reparaissent brusquement au-dessus de la zone de matité. La présence de frottements pleuraux n'est pas rare ; enfin l'égophonie (Muselier et Kirmisson, et la pectoriloquie (Jaffé) viennent parfois aussi induire en erreur. A ces signes physiques se joint presque constamment une dyspnée qui peut paraître hors de proportion avec la faible étendue de la matité. Par contre divers auteurs, Mason en particulier, qui a observé plusieurs abcès sous-phréniques, insistent sur l'absence de toux et d'expectoration. Vanlair a fait la même remarque et nous connaissons un cas récent, où ce signe a pu servir au diagnostic, il mérite donc d'être retenu.

La ponction exploratrice, qu'on est assez fréquemment amené à faire, fournit son appoint au diagnostic. Assez souvent, comme cela est arrivé à Herrlich, on fait successivement plusieurs ponctions sans trouver de liquide; puis par une dernière, pratiquée plus bas, on ramène du pus, qui presque toujours présente une odeur putride, rappelant son origine intestinale ou péri-intestinale. Parfois la ponction montre l'existence du gaz, de matières gastriques intestinales ou de bile. Dans la ponction évacuatrice le mode d'écoulement du liquide diffère de ce que l'on connaît pour la ponction de la plèvre et l'on a cherché à en faire encore un caractère différentiel. Le maximum de rapidité et de force du jet se produit pendant l'inspiration, à l'inverse de ce qui a lieu dans l'évacuation d'une pleurésie et le manomètre accuse à ce moment le maximum de pression ; mais la précision nécessaire pour la constatation de ce signe, lui enlève beaucoup de sa valeur pratique. Fuerbringer admet aussi dans la ponction d'un empyème sous-phrénique l'existence d'oscillations de la canule, produites par les déplacements du diaphragme ; mais ce muscle est souvent parésié dans ces cas et la respiration se trouve réduite à peu près au type costo-supérieur (Scheurlen).

Lorsque l'abcès contient des gaz, ce qui est le cas le plus fréquent, les symptômes thoraciques se trouvent considérablement modifiés. La matité est remplacée par une sonorité tympanique remontant plus ou moins haut, la respiration a un timbre amphorique ; quelquefois c'est un bruit de souffle en va et vient, rude et à caractère métallique. Le tintement métallique a été constaté par Rigal, puis Vanlair. La succussion peut même provoquer un bruit de flot des plus nets (Rigal). Les déplacements des organes voisins et en particulier celui du cœur se retrouvent tels que nous les avons indiqués plus haut.

On a donc, en résumé, les signes d'un pyopneumothorax, mais il est survenu sans vomique (Vanlair) et de plus il reste limité, car au sommet la sonorité est normale ou

Digitized by Google

diminuée, et la respiration s'entend sous la clavicule, parfois elle a un caractère soufflant.

L'abcès sous-diaphragmatique se complique fréquemment de pleurésie. D'après Nowack, la coexistence d'un épanchement pleural serait constatée dans soixante-cinq pour cent des autopsies et cinquante fois sur cent, elle donnerait des signes cliniques. Cette pleurésie se produit souvent par simple propagation et peut alors contenir un liquide différent de celui de l'abcès. Letulle, dans une autopsie de cholécystite calculeuse suppurée, trouve un petit épanchement séreux dans la plèvre puis unvaste abcès sous-diaphragmatique de deux litres. Chez une femme ayant un ulcère de l'estomac, paraissant guéri, Scheurlen reconnut une pleurésie à début brusque ; la ponction ramena du liquide séreux, mais ne fut suivie d'aucune amélioration. Une seconde ponction faite plus bas amena du pus putride. L'empyème pratiqué alors ouvrit d'abord la plèvre qui contenait du liquide séreux, puis traversa le diaphragme et arriva enfin dans l'abcès. Guttmann a cité un cas semblable à la Société de Berlin (1889). Le diagnostic est très difficile et ne peut guère être fait que par la constatation de liquides différents dans diverses ponctions ; encore faut-il penser aux pleurésies multiloculaires. Aussi ces cas sont-ils souvent l'occasion d'erreurs. Gahde cite deux cas dans lesquels on crut être en présence d'une pleurésie purulente. L'empyème ouvrit l'abcès sous-diaphragmatique, manquant la plèvre, qui contenait un fort épanchement purulent trouvé seulement à l'autopsie.

L'envahissement de la plèvre par le pus, lorsqu'il se fait brusquement, par rupture, est annoncé par une douleur très vive. Chauffard, voyant survenir une douleur violente et de la dyspnée dans un cas de péritonite tuberculeuse de l'étage supérieur, diagnostiqua un épanchement dans la plèvre, qui fut vérifié à la nécropsie.

Cette ouverture des empyèmes sous-phréniques aboutit le plus souvent à la mort par cachexie, quelquefois brusquement par syncope (Langer). Elle est, d'ailleurs, relativement rare ; le plus souvent des adhérences pleurales ont eu le temps de se produire et si l'abcès tend à fuser dans le thorax, c'est dans le poumon qu'il pénètre. On constate alors à la base des signes de bronchopneumonie, accompagnés d'hémoptysies répétés et des symptômes généraux de la suppuration ; puis le malade rejette par vomique un liquide purulent et fétide. Après cet accident on peut percevoir du gargouillement et des signes cavitaires. Dans l'observation de Pasturaud, on trouve la mention de souffle amphorique avec tintement métallique et bruit de succussion, sans pneumothorax.

Ces vomiques peuvent se montrer même après une autre évacuation antérieure de l'abcès. J. Rendu (de Lyon) en a observé deux mois après une ponction abdominale, ayant amené une amélioration notable. La fistule bronchique fut plus tardive encore chez le malade de Vanlair et ne se déclara que longtemps après l'opération de l'empyème. Au lieu de bronchopneumonie simple on peut observer une véritable gangrène pulmonaire (Boulay).

Enfin l'abcès peut s'ouvrir dans le péricarde et alors survient une cyanose généralisée avec dyspnée extrême, les battements cardiaques sont imperceptibles et une sonorité amphorique masque la zone cardiaque (Cérenville, 1885). Brenner vit l'abcès perforer le myocarde et s'ouvrir dans le ventricule gauche. Un cas publié par Chavannis se termina par la mort, apres ouverture d'abord à l'ombilic, puis dans les bronches.

Quel que soit le mode d'ouverture spontanée de ces abcès, comme celle-ci est le plus souvent tardive, la suppuration s'éternise dans les clapiers et les fusées purulentes multiples et la mort survient par hecticité. Cependant, Hilton Fagge a observé la guérison de deux abcès qui se vidèrent l'un par le colon, l'autre par l'estomac.

## IV

Le diagnostic de l'empyème sous-phrénique peut présenter les plus grosses difficultés, puisque sur trente-quatre cas réunis par Scheurlen il n'a pu être porté que onze fois. On arrivera à établir d'abord le début nettement abdominal de la maladie par la douleur épigastrique et les phénomènes réactionnels du côté du péritoine. En remontant dans les antécédents, on retrouvera la cause première de ces douleurs : l'existence antérieure d'hématémèses, de douleurs gastriques intenses rappelera un ulcère antérieur; les symptômes de péritonite généralisée avec rechutes témoigneront d'une appendicite ; la persistance d'une douleur au niveau de la vésicule, avec accès fébriles intermittents, traduira une infection ancienne des voies biliaires, etc. Par contre, on ne trouvera pas les conditions requises pour la formation d'un empyème vrai : l'intégrité du sommet du poumon opposé plaidera contre la tuberculose on ne pourra invoquer non plus la pneumonie, le traumatisme, les fièvres graves, la puerpéralité causes ordinaires de la pleurésie purulente.

La constatation d'une tumeur épigastrique a une importance capitale. Murchison toutefois cite le cas d'un empyème vrai qui, par refoulement, put venir faire saillie à l'épigastre et y être ponctionné comme un abcès abdominal ; mais c'est là un fait absolument exceptionnel et, en pratique, la présence d'une tumeur nette éloignera l'idée de la pleurésie purulente.

Avec une tumeur peu visible ou nulle à l'extérieur, la situation sera plus embarrassante et l'on devra analyser minutieusement chaque symptôme. Sans reprendre les signes déjà étudiés, nous rappellerons les plus utiles : collection survenue le plus souvent sans toux, sans expectoration, signes hydro-aériques produits sans vomique, disproportion fréquente entre la gravité de l'état général et la faible abondance apparente de l'épanchement ; la forme de la matité qui n'est pas subordonnée à la disposition anatomique des plèvres ; enfin et surtout le refoulement en haut de la pointe du cœur.

Digitized by Google

On ne négligera pas la ponction aspiratrice et on la répétera au besoin; l'existence de plusieurs liquides de caractères différents limitera l'hésitation entre l'empyème sous-phrénique et les pleurésies multiloculaires. De plus la fétidité du pus, son odeur intestinale, la présence de bile seront des motifs d'admettre une origine extra-thoracique.

V

La nécessité d'un traitement chirurgical hâtif n'est pas discutable. L'insuffisance de la ponction n'est pas plus douteuse (14,3 0/0 seulement de guérisons, Lang, *Th. Moscou*, 1895).

L'incision large est le seul traitement rationnel; mais elle peut suivre deux voies, qui donnent des statistiques à pen près égales, la voie abdominale (51 0/0 de guérison) et la voie transpleurale (52 0/0).

L'inctsion abdominale sera préférée, si la tumeur épigastrique est très nette et peut servir de guide. Tantôt ce sera une incision de nécessité, si l'abcès envahit la paroi abdominale, tantôt ce sera une laparotomie classique médiane ou latérale (Jonesco).

Cetie incision devra parfois être suivie d'une contre-ouverture dans un espace intercostal pour assurer l'évacuation de l'empyème (Vanlair).

La voie transpleurale est celle que suit le chirurgien, lorsque l'abcès sous-phrénique est méconnu et confondu avec un empyème. Mais elle peut être prise délibérément, pour évacuer en même temps l'abcès et un empyème consécutif. L'incision traverse les deux feuillets de la plèvre tantôt séparés par du liquide, tantôt soudés par des adhérences, perfore le diaphragme et pénètre dans l'abcès; mais il est presque indispensable de se donner du jour par des résections costales multiples. Encore n'est-on pas à l'abri des accidents (blessure de la veine-porte, Fraenkel et Kœrte, 1893); de plus le foyer est ouvert par sa partie supérieure, condition défavorable à son évacuation et les prolongements multiples qu'il présente souvent, ne peuvent être atteints. On s'expose aussi à infecter la plèvre, si elle ne l'est pas. Enfin, ce procédé peut même laisser passer inaperçu un épanchement intra-pleural si les deux feuillets de la séreuse sont soudés à la partie inférieure (Gahde).

Lannelongue a employé un procédé intermédiaire, consistant à pratiquer, par une incision en T, une large brèche a la base de la cage thoracique et à mettre largement au jour la face convexe du foie. Cette méthode permet une évacuation plus facile du foyer el le drainage plus complet de ses diverticules; elle peut aussi, lorsque la plèvre n'est pas envahie par la suppuration, la ménager presque complètement. Aussi nous paraît-elle préférable dans les cas où l'on ne croirait pas devoir recourir à la laparotomie. — Dr Merigot de Treigny.

## Formulaire du Praticien

**Traitement médicamenteux de l'obésité.** — « La cure de l'obésité, disent MM. Proust et Mathieu, est une de celles pour lesquelles l'empirisme a produit le plus de recettes naïves ou singulières, à propos desquelles le charlatanisme s'est le plus largement donné carrière » (*Hyg. des obèses*). Ainsi, il est curieux de voir la liste des médications de toutes sortes préconisées aux diverses époques, depuis l'aristoloche longue, le polium, la centaurée employée par Galien, jusqu'au vinaigre scillitique vanté par Stephanus, de Venise, et au *fucus vesiculosus*, de Duchesne Duparc. tombé depuis longtemps dans un long oubli. La saignée proposée à plusieurs reprises a été abandonnée, car on sait et Cullen déjà l'avait signalé, la saignée favorise l'accroissement de l'obésité.

Dans ces dernières années, les moyens proposés se rangent dans un des groupes suivants: les purgatifs, les alcalins, les iodures. Les purgatifs ne doivent tenir qu'une place secondaire dans le traitement de l'obésité, ils conviennent aux obèses à pléthore abdominale accentuée, aux cardiopathes, aux malades qui ont de la tendance aux congestions, surtout hépatiques.

Les alcalins sont communément vantés, Gubler employait la liqueur de potasse des Anglais; il leur attribuait la propriété de provoquer l'élimination de la graisse par la sécrétion sébacée. L'eau de chaux, les bicarbonates alcalins, les eaux minérales alcalines peuvent être un adjuvant très utile, soit directement à titre de médication réductrice, soit indirectement en agissant sur l'état général diathésique, mais ne conviennent guère qu'aux obèses dans les urines desquels se trouve beaucoup d'urée et d'acide urique; ils sont contre-indiqués dans la goutte atonique et dans l'artério-sclérose. L'iode en nature et les iodures produisent des troubles digestifs et sont peu usités actuellement. Ils sont indiqués chez les syphilitiques, les asthmatiques, les scléreux, les malades atteints de rhumatisme déformant, les jeunes strumeux obèses. Actuellement, ces diverses médications ont cédé le pas à la médication thyroïdienne qui possède cet avantage d'amener l'amaigrissement sans qu'on soit obligé de prescrire un régime. Les meilleurs moyens employés actuellement pour l'administration de la médication thyroïdienne sont les suivants: 1° la glande en nature (1/2 lobe *pro die* c'est-à-dire à peu près 0.50), que l'on peut conserver en triturant et faisant une gelée épaisse avec de la glycérine et du borate de soude; on administre alors en cachets; 2° la poudre de corps thyroïde soit en cachets, soit en tablettes en commençant par 0 gr. 10; 3° la thyroïdine de Baumann (0 gr. 50 jusqu'à 1 gr. 50 en deux fois aux repas).

Dans le commerce, le principe isolé par Baumann est mélangé à de la poudre de sucre de lait, de façon à ce qu'un gramme de mélange corresponde à 1 gramme de glande fraîche.

L'administration de la médication thyroïdienne doit être surveillée de près, elle est contre-indiquée quand il y a néphrite ou glycosurie, il faut la suspendre dès qu'il y a accélération permanente du pouls, arythmie, faiblesse des pulsations ou dès qu'il y a des signes de thyroïdisme (anorexie, malaise général, irritabilité nerveuse, insomnie, tremblement, douleurs dorsales et lombaires, tendance aux lypothymies et au vertige.

M. D.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Le lycétol ou tartrate de diméthylpiperazine.** — Ce produit possède, comme la piperazine, la propriété de dissoudre l'acide urique. La piperazine, comme on sait, est employée avec succès dans le traitement de la goutte, de la lithiase rénale et dans la diathèse urique en général. Cependant Nojnikoff, tout en admettant l'utilité de ce médicament chez les arthritiques, conteste que ce soit un agent thérapeutique puissant. Le lycétol, joint à l'action dissolvante de la piperazine, l'action non moins efficace du composé tartrique qui, dans l'économie, se transforme en carbonate, alcalinisant le sang, tout en ayant une action diurétique. D'après Henle et Wittzack, l'action continue du lycétol permet presque toujours d'empêcher les attaques si douloureuses de la goutte chronique. Son emploi, sans inconvénients pour l'organisme général, est suivi d'une diurèse considérable, d'une diminution de la densité de l'urine, et de la disparition des symptômes de la goutte. De Tallenaere (*Belgique médicale*, 28 janv. 97), a pu vérifier ces assertions, il obtint un plein succès chez un de ses malades ; chez l'autre, le résultat ne fut excellent que dans les deux ou trois premiers jours.

Sur 7 malades atteints de rhumatisme articulaire chronique, dans trois cas, il y eut amélioration sensible de l'état général et local, avec régression évidente des lésions ; dans les quatre autres cas, le résultat satisfaisant au début ne se maintint que durant quelques jours. Sur un cas d'arthrite déformante, il n'eut pas de résultat. Sur quatre observations de sciatique, le résultat fut deux fois favorable, négatif deux fois. En somme, d'après son expérience, de Tallenaere conclut que, sans considérer le lycétol comme un médicament spécifique contre la goutte et les formes chroniques du rhumatisme, il n'en constitue pas moins un médicament précieux dans le traitement de ces affections. La dose habituelle de 1 gr. 50 à 2 grammes par jour, divisée en plusieurs prises. L'ingestion de chaque prise est accompagnée de l'absorption d'un verre d'eau. — M. D.

## MÉDECINE

**Névrite interstitielle hypertrophique de l'enfance.** — Sous ce nom, MM. Déjerine et Sottas ont décrit, en 1893, une affection à évolution lente et progressive, caractérisée par les symptômes suivants : ataxie des quatre membres avec atrophie musculaire ; troubles très marqués de la sensibilité avec retard dans la transmission ; douleurs fulgurantes, nystagmus ; myosis avec signe d'Argyll-Robertson ; cyphoscoliose, hypertrophie très marquée avec dureté très accusée de tous les troncs nerveux des membres accessibles à la palpation. Chez les deux malades observés par MM. Déjerine et Sottas, il s'agissait d'une affection familiale sans hérédité similaire. A l'autopsie d'un des malades, il y avait une sclérose hypertrophique très prononcée des nerfs des membres, des racines antérieures et postérieures et des cordons postérieurs de la moelle. Pour M. Déjerine, la pathogénie est la suivante : névrite interstitielle hypertrophique à marche ascendante avec lésions médullaires consécutives, tandis que pour MM. Gombault et Mallet qui avaient publié un cas semblable (*Arch. méd. exp.* 1889), ce serait une ataxie locomotrice de cause spéciale, développée dans le jeune âge. M. Déjerine vient de reprendre cette question peu connue encore dans un récent article de la *Revue de médecine* (nov. 96). Il en rapporte une nouvelle observation présentant cette particularité que les douleurs fulgurantes semblent avoir fait défaut. La névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance n'a en clinique comme en anatomie pathologique aucun rapport avec l'atrophie musculaire type Charcot-Marie (type péronier de Tooth, atrophie musculaire progressive névritique d'Hoffmann). Cependant Marinesco (*Arch. méd. exp.* 93) a soutenu l'identité des deux affections. M. Déjerine combat cette opinion en constatant que les autopsies d'atrophie musculaire type Charcot-Marie rapportées jusqu'ici et qui sont au nombre de cinq, n'ont pas donné des résultats concordant entre eux. Dans trois cas, (Wirchow, Friedreich, Marinesco) il existait, outre les lésions des nerfs périphériques, des lésions des cordons postérieurs ; dans le cas de Dubreuilh, il n'existait que des lésions des nerfs périphériques ; dans le dernier cas enfin d'Oppenheim et Cassirer, le système nerveux périphérique st central était intact, et il s'agissait d'une atrophie myopathique.

Enfin, contre l'opinion de Marinesco, il y a cette constatation que, en pathogénie générale, on ne connaît pas le phénomène d'une sclérose qui, atrophique d'emblée, devient à la longue sclérose hypertrophique. De plus, Marinesco admet que l'hypertrophie des troncs nerveux et des racines médullaires serait simplement une conséquence de l'évolution de l'affection, et que cette hypertrophie serait d'autant plus accusée que la maladie serait de date plus ancienne, ce qui est loin d'être prouvé.

Enfin, cliniquement, il suffit d'étudier les observations d'atrophie musculaire familiale névritique pour voir que, si le temps plus ou moins éloigné depuis lequel évolue l'affection est à considérer au point de vue de l'intensité de l'atrophie musculaire, il ne joue, par contre, aucun rôle par rapport à l'apparition des phénomènes d'ataxie, des troubles très marqués de la sensibilité, de la cyphoscoliose, du nystagmus, du signe d'Argyll Robertson, tous symptômes si accusés chez les sujets atteints de névrite interstitielle hypertrophique et progressive. D'autre part l'ataxie n'a été mentionnée dans aucun de ces cas d'atrophie musculaire, les malades sont décrits comme étant de

Digitized by Google

simples atrophiques impotents au prorata de l'étendue et du degré de leur atrophie musculaire.

M. Déjerine insiste de plus sur le fait de la participation des muscles de la face dans la névrite interstitielle, et déjà en 1893 avec Sottas, il avait noté l'existence de contractions fibrillaires de la face. La parésie de l'orbiculaire des lèvres avec saillie de la lèvre supérieure, (lèvre de tapir) donnent au malade le facies myopathique d'autant que l'on rencontre d'autres particularités cliniques signalées dans ce facies, à savoir le rire transversal, la difficulté de faire la moue, de siffler, etc. En somme, la névrite interstitielle hypertrophique de l'enfance rentre dans le groupe des maladies dites d'évolution; elle relève d'une anomalie de développement du système nerveux périphérique, et s'affirme de bonne heure par un complexus symptomatique qui lui est propre et énoncé plus haut, aussi doit-on considérer cette affection comme une maladie spéciale, autonome, et qui a une place à part dans le domaine de la pathologie nerveuse. — M. D.

**La radioscopie dans les affections cardio-vasculaires.** — Nos lecteurs connaissent les résultats de la radioscopie obtenus par M. le prof. Bouchard dans les affections du cœur et de l'aorte. M. Grunmach a fait des recherches dans le même sens, et a observé l'augmentation de près du double de l'ombre projetée par le cœur de deux malades asystoliques, atteints d'insuffisance aortique. A côté des contractions systoliques on voyait des mouvements flottants, plus petits à la périphérie de l'organe. Chez l'un des deux sujets, on reconnut une dilatation de la crosse de l'aorte, difficile à démontrer par les autres méthodes d'investigation. Quatre fois le diagnostic de dilatation de l'aorte fut contrôlé et confirmé à l'aide des rayons X. (*Therap. Monatshefte*). Un anévrysme surtout était remarquable par sa grande mobilité qui le faisait ressembler à un deuxième cœur.

M. Wassermann, de la clinique du prof. Schrœtter, a également reconnu ainsi une dilatation de l'aorte descendante. Il a aussi rendu évidente l'existence d'une caverne tuberculeuse soupçonnée, dont l'existence n'a pas pu être prouvée précédemment (*Wiener klin. Wochenschrift*).

Quatre chlorotiques avec élargissement de la zone de matité précordiale furent examinés. Chez elles, le diaphragme était très bombé, et le cœur était étalé en travers selon son grand axe. Sous l'influence de la médication martiale il se redressa peu à peu, tandis que le diaphragme s'abaissait. L'augmentation de la matité n'était donc pas due à la dilatation du cœur, comme on aurait pu le croire, mais à son déplacement. — Bd.

## OTOLOGIE

**Les troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille.** — Granedigo (de Turin) et le Dr Hahn avaient déjà mentionné le fait de la diminution de l'odorat dans les affections de l'oreille. Le Dr Collet vient d'étudier cette question à la Société des Sciences médicales de Lyon (février 1896) et pour plus de précision dans ses recherches, il s'est servi de l'olfactomètre de Zwardemaker, et a pu à ce sujet formuler les conclusions suivantes : on trouve presque toujours des altérations de l'odorat chez les malades porteurs d'affections de l'oreille; il est exceptionnel qu'il s'agisse d'anosmie absolue; le plus souvent, il ne s'agit que d'une simple diminution de l'acuité olfactive. Ces altérations de l'odorat sont assez rares dans les suppurations de l'oreille, sont très fréquentes dans la sclérose de l'oreille moyenne accompagnée ou non de lésions labyrinthiques. A l'examen du nez, on trouve des lésions variées; de la tuméfaction des cornets, quelquefois du cornet moyen dont l'hypertrophie rétrécit la fente olfactive; le plus souvent de la rhinite atrophique; dans un certain nombre de cas, il n'y a aucune lésion appréciable. Ces faits sont susceptibles de plusieurs interprétations. (*a*) Les troubles de l'olfaction qui accompagnent les suppurations de l'oreille moyenne résultent de lésions nasales entraînant à leur suite une sécrétion défectueuse du mucus nasal dont l'action bactéricide paraît démontrée et joue un rôle dans la défense de l'oreille moyenne. (*b*) En ce qui concerne les troubles de l'olfaction, dans la sclérose de l'oreille moyenne, lésions nasales et lésions auriculaires peuvent n'être que des localisations différentes d'un même processus de sclérose et d'atrophie, et il n'est pas impossible qu'elles soient l'expression d'un trouble trophique. (*c*) Quand les lésions nasales manquent, Granedigo conclut cependant que l'otite a dérivé dans bien des cas d'une lésion nasale passagère dont on ne peut retrouver la trace, et la diminution de l'olfaction constatée à l'examen olfactométrique constitue pour lui la preuve de l'origine nasale de l'affection auriculaire. — M. D.

## CHIRURGIE

**La tuberculose des glandes salivaires.** — C'est une affection des plus rares; Hartmann déclare qu'elle n'a jamais été observée cliniquement; Valude professe la même opinion, bien qu'il ait réussi pourtant à la produire, au point de vue expérimental. Ainsi l'inoculation tuberculeuse des glandes salivaires donne des résultats positifs que ne confirme pas la clinique. C'est cette différenciation entre l'expérimentation et la clinique que tente de faire disparaître M. O'Zoux (*Arch. clin. de Bordeaux*), qui, à l'aide de deux observations de sous-maxillite tuberculeuse — non étayées, il est vrai, sur un examen microscopique — s'essaye à démontrer l'existence de cette nouvelle entité morbide.

La tuberculose des glandes salivaires existe donc, aussi bien au point de vue clinique qu'expérimental, et pour ce qui est des glandes sous-maxillaires en particulier, elle est tantôt aiguë et tantôt chronique, tantôt primitive et

Digitized by Google

tantôt secondaire, de même qu'il doit exister une tuberculisation primitive et subaiguë.

La symptomatologie de la tuberculose *primitive* des glandes sous-maxillaires se confond presque avec celle d'une adénite de la région; cependant, le volume de la tumeur est plus considérable dès le début, lorsqu'il s'agit de la glande salivaire; le retentissement périphérique est moindre. La palpation révèle une tumeur à contours indécis, dont le siège est important, car elle est très rapprochée de l'arcade sous-maxillaire, qui la recouvre même. La douleur est vive et continue, la fièvre légère; la suppuration, peu abondante, est séreuse. Enfin, lorsqu'on pratique le curettage, « la curette rencontre un tissu dur, résistant, qui crie, et elle ramène des grappes glandulaires dont l'aspect ne peut être méconnu. »

La tuberculose *secondaire* de la glande sous-maxillaire ne paraît pas avoir de signes propres; elle est torpide, à marche fort lente, et évolue progressivement, comme tous les tuberculômes.

Dans le diagnostic, on songera à la *grenouillette aiguë*, par oblitération du canal de Wharton; mais ici, en général, l'attention du chirurgien est attirée sur la tumeur du plancher de la bouche; dans l'*ostéopériostite*, il y a lésion du maxillaire, et localisation différente de la tuméfaction. Les *néoplasmes* de la glande sous-maxillaire sont aussi rares que la tuberculose; ils sont d'un diagnostic difficile, bien qu'ils constituent surtout une affection de l'adulte, ce qui n'est pas le cas pour la bacillose. Une *infection* de la glande sous-maxillaire n'est pas seulement localisée à cet organe, mais se généralise ordinairement, sur la parotide, comme par exemple dans les oreillons. L'*adénophlegmon* a, dès le début, une allure plus franche et plus aiguë et l'empâtement est plus considérable.

Mais, dans la généralité des cas, la certitude du diagnostic ne pourra être acquise que par l'exploration au stylet ou à la curette.

Au point de vue anatomo-pathologique, il semble qu'on puisse distinguer deux formes: l'infiltration en superficie et l'infiltration en profondeur.

Quant au traitement, c'est celui de toutes les tuberculoses locales: le râclage, aussi hâtif que possible. — L. Flœrsheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 16 février 1897.*

**Du rôle de la rate dans le paludisme.** — M. Laveran. Le rôle de la rate dans les maladies infectieuses est encore très controversé. D'après quelques observateurs les microbes pathogènes se conservent mieux dans la rate que dans le sang et ils s'y réfugient souvent; pour d'autres, au contraire, la rate a un rôle de protection contre les microbes.

Le paludisme est de toutes les maladies infectieuses celle qui donne lieu aux altérations les plus constantes et les plus profondes de la rate, il est donc intéressant d'étudier le rôle que joue la rate chez les malades atteints de paludisme.

Dans le paludisme aigu, les hématozoaires et les éléments pigmentés qui proviennent de leur destruction s'accumulent principalement dans la rate qui présente par suite une teinte brunâtre caractéristique et qui est plus ou moins tuméfiée; chez les anciens palustres qui succombent à une maladie intercurrente, c'est seulement dans la rate qu'on trouve des hématozoaires libres ou inclus dans de grandes cellules.

Lorsque, chez des malades atteints de fièvre palustre on examine le sang obtenu par ponction de la rate, on y trouve presque toujours des hématozoaires en plus grand nombre que dans le sang obtenu par piqûre du doigt.

Il semble donc bien que la rate est le siège d'élection de l'hématozoaire du paludisme et il est improbable que le parasite se réfugie et se conserve précisément dans un organe ayant pour rôle de le détruire.

Les résultats de la splénectomie qui, dans ces dernières années, a été pratiquée souvent pour hypersplénie palustre, sont très intéressants; les opérés ne sont pas à l'abri de la fièvre palustre, mais la fièvre loin d'être aggravée chez eux semble au contraire présenter moins de gravité, ce qui ne devrait pas être si la rate avait un rôle de défense.

La rate loin de protéger l'organisme contre l'hématozoaire du paludisme sert au contraire de refuge à ce parasite qui y reste souvent à l'état latent.

La splénectomie peut être pratiquée par suite, sans qu'on ait à redouter ses conséquences au point de vue de l'évolution ultérieure du paludisme, elle n'est indiquée d'ailleurs que dans les cas assez rares où la rate volumineuse et déplacée ou flottante donne lieu à des accidents graves.

**Fermeture d'une vaste plaie du dos par l'emploi successif des divers procédés autoplastiques.** — M. Delbet. Il s'agit d'une vaste brûlure occupant, chez une femme, toute la région lombo-dorsale et s'étendant jusque dans les aisselles. Le diamètre vertical de la surface dénudée mesure 40 centimètres, et le diamètre transversal atteint 36 centimètres, — la superficie totale dépasse 1500 centimètres carrés. — Les pansements faits à l'acide picrique ne donnent point de résultats. La plaie se couvre de nombreuses fongosités; des ampoules purulentes se forment, se réunissant pour donner naissance à de véritables poches; la fièvre se déclare et revêt bientôt la forme hectique. La peau des seins, devenue trop large, à cause de l'amaigrissement, permet de tailler un lambeau cutané destiné à recouvrir une partie de la plaie. On fait auparavant, un grattage de tous les bourgeons charnus et un grand lavage au sublimé. On libère la peau du sein par deux

Digitized by Google

incisions horizontales et parallèles ; le point adhérent correspond au bord du sternum.

On divise ce lambeau, par une incision parallèle aux précédentes, en deux segments dont le supérieur répare la perte de substance axillaire, tandis que l'inférieur est dirigé vers la région dorsale.

Le résultat immédiat du grattage et du lavage est la diminution de la fièvre. Les deux lambeaux reprennent très bien, et il existe à peine un liseré sphacélé de 1 centimètre. On comble une partie de la surface non recouverte en faisant de la greffe de Thiersch empruntée à la peau des cuisses.

On prend aussi des greffes sur d'autres sujets ; mais ces nouveaux segments épidermiques se résorbent. Il reste environ 500 centimètres carrés de plaie qui ne sont point recouverts. On tente la greffe de Lefort, avec segments cutanés empruntés aux cuisses. qui ne donne que peu de résultats. C'est enfin de la peau des bras prise par le procédé italien qui permet de combler les dernières pertes de substance.

La surface recouverte de lambeaux cutanés de provenances si diverses présente l'aspect de mosaïque, mais il n'existe pas de brides et les mouvements des bras sont parfaitement libres.

On voit donc : 1° qu'un segment de peau de 23 centimètres a pu être nourri par un seul pédicule (la portion extrême a dû se nourrir, évidemment, à la manière des greffes de Lefort).

2° Les greffes de Thiersch, empruntées à un autre individu, ont de grandes tendances à se résorber.

**Valeur de l'eucaïne en tant qu'anesthésique.** — M. Reclus. Il y a une tendance à remplacer la cocaïne par l'eucaïne ; et pour cela on s'appuie sur la moindre toxicité de l'eucaïne. M. Reclus expérimente de la manière suivante. Il anesthésie la moitié d'un champ opératoire par la cocaïne et l'autre moitié par l'eucaïne — il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'injection de l'eucaïne est douloureuse, tandis que celle de la cocaïne ne l'est point ;

2° L'eucaïne est vaso-dilatatrice, de sorte que la portion du champ opératoire correspondante se trouve voilée par le sang ;

3° L'anesthésie fournie par l'eucaïne pénètre moins profondément et dure moins longtemps.

Si l'eucaïne était une substance moins toxique que la cocaïne, il ne faudrait pas, malgré cela, hésiter à la substituer à cette dernière, qui, très mal employée jadis, a acquis une mauvaise réputation.

M. Pouchet a fait de nombreuses expériences sur les animaux et leur a trouvé une assez grande toxicité. De plus, lorsque des accidents d'intoxication vont se produire. Ils ne sont pas annoncés par des signes précurseurs, comme cela se passe pour la cocaïne.

*Conclusion* : Les désavantages de l'eucaïne ne sont pas compensés par une moindre toxicité.

M. Cornil lit un rapport sur un travail de M. Babès : « la *septicémie muqueuse* ».

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 12 février 1897*

**Asystolie et respiration de Cheyne-Stokes.** — M. Merklen. L'association de l'asystolie et de la respiration de Cheyne-Stokes ne s'observe guère chez les malades atteints de myocardite chronique avec artério-sclérose. Ils commencent d'abord par éprouver des crises dyspnéiques nocturnes, de la céphalalgie, des vertiges ; puis l'oppression augmente progressivement, devient continue, liée à la congestion et à l'œdème pulmonaire, pour aboutir au cœur forcé, avec dilatation du cœur droit et à l'asystolie. Celle-ci se complique presque toujours de troubles cérébraux : torpeur intellectuelle, somnolence, coma, ou bien agitation nocturne et insomnie. C'est alors qu'apparaît la respiration de Cheyne-Stokes.

En décrivant ce trouble du rythme respiratoire, Stokes l'attribuait à l'affaiblissement cardiaque par dégénérescence graisseuse du cœur (adipose sous-péricardique des myocardites chroniques, telle qu'il l'entendait). Mais l'insuffisance rénale compliquant le plus souvent l'insuffisance cardiaque, l'origine urémique de la respiration de Cheyne-Stokes peut être défendue ; et on sait que cette théorie a été soutenue avec talent par M. Cuffer.

Cependant, outre que ce trouble respiratoire se retrouve dans diverses affections du cerveau et des méninges, il se produit chez des artério-scléreux asystoliques en l'absence d'insuffisance rénale nettement caractérisée. Si l'on tient compte de la simultanéité de l'apathie cérébrale, de la somnolence, de l'agitation des mouvements convulsifs, enfin du coma, on est naturellement amené à le rattacher au syndrome complexe et variable du *cerveau cardiaque*.

Deux cas que M. Merklen a observés récemment sont en faveur de cette conception ; il semble de plus que la digitale, qui a d'ailleurs produit des effets utiles à d'autres points de vue, ait accentué le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, tandis que la morphine l'atténuait et en facilitait la disparition.

En octobre dernier, il voyait un malade sujet depuis plusieurs mois à de la dyspnée nocturne, dont la situation avait été améliorée par le régime lacté et l'iodure de sodium. Cet homme était nettement asystolique et présentait de l'œdème des malléoles, un foie congestionné, le cœur dilaté, le pouls régulier à 96. Les battements du cœur étaient faibles, le premier bruit à peine perceptible. Il prescrivit des injections de caféine et le régime lacté. La dyspnée persista ; le résultat fut nul. Quelques jours après, il donna un demi-milligramme de digitaline cristallisée. Dès le lendemain, la quantité d'urine rendue

Digitized by Google

était de 1,250 grammes, le pouls plus fort; mais pendant la nuit survint de l'agitation; le premier bruit du cœur était alors presque imperceptible; le soir, respiration de Cheyne-Stokes très intense. Malgré les injections d'éther, d'huile camphrée, le malade succomba le lendemain dans le coma. Il semble que chez ce malade la respiration de Cheyne-Stokes, qui a suivi de près l'emploi de la digitaline, ait été augmenté, sinon causée par ce médicament.

Le second malade est un homme de 56 ans, de haute stature, mécanicien, alcoolique, réunissant les conditions de surmenage cardiaque et de toxhémie lente, entré à l'hôpital le 28 septembre en asystolie et en plein coma. Avec un foie volumineux, de l'œdème des membres inférieurs, le cœur dilaté, des urines rares contenant 2 grammes d'albumine par litre, un pouls faible à 96. M. Merklen prescrivit des injections de caféine, une saignée de 250 grammes et un demi-milligramme de digitaline cristallisée. Le lendemain, diurèse abondante, le malade sort du coma, mais conserve de la torpeur cérébrale, le cœur reste dilaté. La digitaline est continuée pendant quelques jours, amenant toujours une diurèse abondante, mais le cœur reste dilaté et en asystolie. De plus, on note une respiration de Cheyne-Stokes intense qui dure du 14 novembre au 9 décembre. Celle-ci n'est atténuée que par des injections de un demi-centigramme de morphine, associée à l'emploi de la digitaline, injections qui procurent des nuits calmes. En janvier, la situation s'améliore; la digitaline est reprise à la dose d'un milligramme; les phénomènes asystoliques, qui duraient depuis 3 mois disparaissent petit à petit et se terminent par une diurèse de 6 litres.

Cette observation montre que la respiration de Cheyne-Stokes n'est pas toujours d'un fâcheux pronostic, que l'on peut guérir même après son apparition longtemps prolongée, qu'elle a marché de pair avec les phénomènes asystoliques, qu'elle a été plutôt augmentée par la digitaline et diminuée par l'emploi de la morphine.

Il est difficile d'expliquer l'influence de la digitale sur la production ou plutôt l'exagération du rythme de Cheyne-Stokes, coïncidence déjà observée par M. Rendu; peut-être augmente-t-elle l'anémie des centres nerveux respiratoires. Il faudrait d'ailleurs se garder de la proscrire du traitement de l'asystolie avec respiration de Cheyne-Stokes, car elle diminue l'hydropisie par la diurèse et soutient le cœur. En outre, son influence défavorable sur la respiration peut être neutralisée par les injections de morphine à dose faible.

**Un cas de zona double bucco-pharyngien.** — MM. Lermoyez et Barozzi présentent l'observation d'un homme de soixante-dix huit ans qui, sans phénomènes généraux, fut atteint après quarante huit heures d'endolorissement buccal prodromique d'une éruption occupant la voûte palatine, le voile du palais, les gencives supérieures et les sillons gingivo-géniens voisins. Cette éruption, formée de groupes vésiculeux, supportée par des placards érythémateux, formait autour du plafond buccal une ceinture d'une symétrie remarquable. Sur aucun autre point du corps, il n'y avait d'herpès. Les jours suivants, quelques vésicules nouvelles apparurent. Douze jours après le début des accidents eut lieu une nouvelle poussée, cette fois franchement unilatérale, occupant la moitié gauche de la voûte palatine et nettement arrêtée à la ligne médiane. La durée totale de l'éruption buccale fut environ de quatre semaines.

S'appuyant sur la symétrie parfaite de cette éruption, sur la régularité de sa distribution bilatérale qui suivait le trajet des rameaux nerveux, en particulier des nerfs palatins antérieurs, sur son évolution par poussées successives et sur l'absence de phénomènes généraux, MM. Lermoyez et Barozzi portèrent le diagnostic de zona bucco-pharyngien double symétrique dépendant de la deuxième branche du trijumeau, D'ailleurs, la dernière poussée éruptive, qui s'était faite d'un seul côté de la bouche, se limitant sur la ligne médiane, venait à l'appui de cette hypothèse : les deux zonas avaient été symétriques mais non synchrônes, le zona gauche retardait sur celui du côté droit.

A ce propos, MM. Lermoyez et Barozzi discutent la théorie émise par Ollivier, reprise par Herzog et vivement défendue par Pouzin qui considère l'angine herpétique comme un zona de la deuxième branche du trijumeau. Ils croient que dans certains cas cette assimilation se justifie. Mais avant tout, il faudrait faire cesser la confusion due à ce que beaucoup de médecins ont étendu outre mesure le domaine de l'angine herpétique. Certains donnent ce nom à la plupart des angines *a frigore* à points blancs : en réalité, il faut revenir à la conception de Gubler qui considérait la présence de vésicules dans la gorge comme la condition nécessaire et suffisante pour caractériser l'angine herpétique. Donc, il importe de bien distinguer de cette affection diverses pharyngopathies qu'une observation superficielle tend à confondre avec elle ; telles sont les angines lacunaires aiguës, le pseudoherpès pharyngo-laryngé de Fischer, les poussées aiguës au cours de la pharyngo-mycose leptothryxique, etc.

Ainsi émondé, le groupe de l'herpès du pharynx comprend trois formes principales, faciles à distinguer par leurs caractères cliniques.

1° La forme infectieuse aiguë, qui correspond à l'angine herpétique classique. Elle se caractérise par son début brusque et violent, accompagné de phénomènes généraux intenses ; par la douleur de gorge qui, légère au début au point de passer inaperçue derrière l'intensité de la céphalée, va croissant et dure tant que persistent les lésions gutturales ; par la bilatéralité de l'éruption ; par sa distribution à toute la gorge sans tenir compte de la topographie nerveuse de la région, à cheval sur les territoires de la cinquième, de la neuvième et de la dixième paire, par sa marche aiguë par sa durée courte qui rarement excède cinq ou six jours. Parfois cette forme réci-

Digitized by Google

dive. Aucun de ces caractères ne permet d'y voir une éruption zosterienne.

2° La forme truphoneurotique, qui est en réalité le zona bucco-pharyngien. Elle se reconnaît à son début insidieux, indiqué par des phénomènes généraux très atténués : à sa douleur de gorge parfois très vive au début et de caractère névralgique, mais qui rapidement décroît et s'efface presque quand paraît l'éruption pharyngée ; à l'unilatéralité presque constante de l'éruption. D'ailleurs, alors même que, comme dans notre cas, le zona est bilatéral, il diffère totalement de l'angine herpétique par sa distribution qui cantonne les vésicules au seul territoire innervé par la deuxième branche du trijumeau. Sa marche est d'ailleurs moins aiguë; sa durée, plus longue, peut atteindre quinze, vingt jours. Jamais il ne récidiverait.

3° La forme chronique récidivante sur la nature de laquelle les opinions varient : infection buccale atténuée pour MM. Schmidt, Moure; éruption zostériforme d'origine nerveuse pour Flatau, Lublinski. Dans cette forme, les phénomènes généraux manquent le plus souvent; les douleurs de gorge se réduisent ordinairement à une cuisson presque insignifiante ; l'éruption peut occuper un siège quelconque mais chaque récidive, chez un même individu, se fait exactement au même point. Les récidives sont souvent périodiques.

En somme, l'herpès du pharynx doit être démembré en trois groupes : le groupe le plus important comprend l'angine herpétique, infection pharyngienne, fonction de microbes divers ; mais à côté, est une forme qui mérite réellement le nom de zona du pharynx ; la théorie d'Ollivier est vraie, à condition d'être limitée à quelques cas.

**Empoisonnement par le sulfate de quinine.** — M. Guinon. Un homme de 55 ans, neurasthénique, voulant se suicider, absorba d'un seul coup 8 gr. de sulfate de quinine dans la matinée. A midi, on le trouva dans un collapsus profond, avec refroidissement des extrémités, cyanose du visage, le corps animé d'un frissonnement continuel. Les deux symptômes vraiment caractéristiques furent la surdité, qui survint dès le début, et la cécité qui ne fut complète que quelques heures après l'ingestion de la quinine. M. Guinon pratiqua des lavements et des injections d'eau salée à haute dose, des frictions énergiques ; sous l'influence de ce traitement le malade sortit de sa torpeur. A la fin de la journée, il rendait deux litres d'urine, qui contenait 0 gr. 40 de sulfate de quinine par litre. La surdité disparut le lendemain ; mais la cécité mit plus de temps à se dissiper; ce ne fut qu'au bout de 15 jours que le malade eut retrouvé sa vision normale. A aucun moyen il n'y eut d'abaissement de la température ; le pouls fut un peu accéléré, 120 pulsations le premier jour, 100 le lendemain.

**Purpura hémorragique rebelle suivi de guérison.** — M. Millard rapporte l'observation d'une femme de 57 ans, bien portante, qui, en mai 1896, fut prise d'un purpura à poussées successives, apyrétique, sans autre cause appréciable que l'inquiétude occasionnée par la santé d'un de ses plus proches parents. Au bout de deux mois, apparurent des pétéchies, des bosses sanguines, des hémorragies légères par la muqueuse buccale. Malgré la gravité de cet état, les fonctions gastriques restèrent excellentes. Les médicaments les plus divers et les plus nombreux : hamamélis, ergot de seigle, lactate de fer, quinine, etc., ne purent enrayer cette affectation, qui semble avoir guéri d'elle-même au bout de 9 mois. Pendant son cours, un premier examen du sang, pratiqué par M. Bensaude, montra que le caillot n'était pas rétractile, et que les hématoblastes étaient en quantité faible et anormale. Pendant la convalescence, un second examen montra que le sang possédait ses qualités normales.

**A propos de la cirrhose pigmentaire, production expérimentale du pigment le plus important, la rubigine.** — MM. Aucher et Lapicque. Diverses hypothèses ont été émises à la dernière séance sur la production du pigment dans la cirrhose pigmentaire avec ou sans glycosurie. Nous pouvons indiquer un mécanisme qui n'est pas une hypothèse, mais que nous avons étudié sur les animaux, et qui nous permet de reproduire à volonté au moins un de ces pigments.

Nous avons étudié chimiquement ce pigment sur deux cas tout à fait classiques, et nous avons constaté, à côté d'un pigment noir organique, soluble dans les alcalis, des granulations constituées uniquement par un hydrate ferrique particulier ; nous donnons à cette formation, bien caractérisée microscopiquement et chimiquement, le nom de *rubigine*. C'est le pigment ocre des auteurs.

Si l'on injecte aseptiquement une petite quantité de sang de chien extrait dans le tissu cellulaire de l'aisselle d'un second chien, on observe dans les ganglions lymphatiques correspondants des grains de rubigine. Si l'on injecte de même dans le péritoine des quantités plus considérables, quelques centaines de grammes de sang, l'animal sacrifié, au bout de plusieurs semaines, paraît, à l'autopsie, absolument sain ; mais, au microscope, on trouve de la rubigine en abondance dans les ganglions mésentériques, dans les mailles osseuses et dans la rate; on n'en trouve dans le foie que si la quantité totale est très considérable.

L'expérience est certaine et nous n'avons jamais eu un résultat négatif.

Les malades qui ont fait l'objet des observations assez nombreuses maintenant publiées, ne nous paraissent différer de nos chiens que par la quantité du pigment ; nous avons maintenant des expériences en cours où, par des injections répétées, nous comptons réaliser des pigmentations comparables. Mais les stades primitifs observés jusqu'ici par nous rendent compte précisément du mécanisme : le sang extravasé est transformé d'abord, suivant ce processus chimique particulier, dans les organes lymphoïdes, puis, de là, le pigment envahit progressivement les divers organes, foie, glandes, etc., sans que ceux-ci aient pris aucune part à la formation du pigment dont ils sont farcis.

Nous n'affirmons pas que ce mécanisme soit le seul qui puisse intervenir, mais c'est le seul dont l'existence soit démontrée, et dans tous les cas pathologiques connus, on peut l'invoquer : ce sont toujours, en effet, des conditions morbides, lésions hépatiques, tuberculose, etc., qui prédisposent aux ruptures vasculaires. — H. Mahciguey.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 17 février 1897*

**Chirurgie du poumon.** — M. Lejars a pratiqué deux fois le décollement pleuro-pariétal pour l'exploration du poumon dans deux cas de gangrène pulmonaire. Le premier malade était un artério-scléreux entré à Beaujon dans le service de M. Fernet, et présentant les signes classiques de la gangrène pulmonaire : expectoration fétide, matité dans la fosse sous épineuse droite, râles humides... M. Lejars réséqua les 3e, 4e et 5e côtes à ce niveau, put facilement décoller la plèvre en haut et en dedans, puis l'inciser. Il n'eut pas d'alerte respiratoire, car il prit la précaution d'attirer immédiatement le poumon sur les bords de la plaie. En explorant cet organe, il trouva une caverne remplie de matières putrilagineuses, qu'il fixa en dehors et bourra de gaze iodoformée. Le soir, le malade n'eut pas d'élévation de température, mais il succomba le lendemain dans le collapsus par insuffisance rénale. A l'autopsie, on constata que le foyer de gangrène avait bien été ouvert, et était situé à la partie inféro-interne du lobe supérieur droit. Les reins étaient sclérosés.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade qui, au déclin d'une broncho-pneumonie infectieuse, fut atteint de gangrène pulmonaire. M. Lejars pratiqua la même opération, mais ne put trouver le foyer de gangrène. L'autopsie montra que celui-ci était placé à la partie supérieure du poumon droit, tandis qu'il avait été cherché à la partie moyenne.

M. Routier a pratiqué le décollement pleuro-pariétal, puis la pleurotomie pour un cas de pleurésie enkystée. Lorsqu'il eut incisé la plèvre (il n'y eut pas de pneumothorax), il put voir une ligne jaunâtre, représentant une scissure du poumon, dans laquelle il fit une ponction. Un flot de pus sortit aussitôt. Il s'agissait d'un abcès interlobaire contenant un litre de pus. Le foyer fut drainé et le malade guérit.

**Tuberculose rénale.** — M. Routier est intervenu dans plusieurs cas de tuberculose localisée au rein, moins pour la douleur que pour les hématuries et les phénomènes de pyélo-néphrites. Trois fois il a fait la néphrectomonie, alors que le rein opposé lui paraissait sain, et trois fois la néphrotomie, avec succès. La néphrectomie est l'opération de choix, car elle supprime le foyer malade, lorsque l'on pense qu'elle sera bien supportée et que l'autre rein est intact. La néphrotomie est réservée pour les cas où il s'agit de lésions tuberculeuses impossibles à enlever ; elle s'accompagne souvent de fistules interminables.

M. Schwartz présente une image radiographique d'un coude, atteint de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus et de luxation en avant de la tête du radius. Le diagnostic précis et direct avait été impossible au milieu de la masse osseuse représentée par ces lésions.

M. Schwartz présente de plus un anévrysme inguinal qu'il a enlevé avec un plein succès ; au fond de cet anévrysme s'ouvrait la fémorale profonde. Il n'y eut pas de sphacèle. — M. M.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société de biologie

**Sur le mode d'action de quelques poisons cardiaques,** par M. E. Gley. — I. La mort du cœur des mammifères électrisés ou empoisonnés par l'un quelconque des poisons suivants dont j'ai étudié l'action, digitaline, strophantine, ouabaïne, tanghinine, coronilline, anagyrine, est à peu près identique, comme M. François-Franck l'a admirablement montré pour la digitaline et la strophantine ; les ventricules, plus ou moins violemment tétanisés, ne peuvent plus se contracter rythmiquement et les trémulations caractéristiques, produites sous l'une ou l'autre de ces deux influences, vont s'affaiblissant peu à peu, et ainsi survient la cessation de tout mouvement ventriculaire. Cette comparaison est facile à faire, quand on explore la pression intra-ventriculaire au moyen d'une sonde cardiographique ou quand on enregistre les changements de volume du cœur par le procédé de François-Franck, et, mieux encore, quand on associe aux deux explorations. Dans le second cas seulement, les trémulations sont moins fortes, ce qui s'explique aisément, puisque le cœur intoxiqué a en général passé, avant d'arriver à cette période ultime de tétanisation, par une phase assez longue de tonicité exagérée (renforcement de la systole, accélération du cœur). On peut, du reste, diminuer l'intensité des trémulations produites par une excitation électrique forte en provoquant d'abord des accès de palpitations (qui s'accompagnent d'une augmentation de la tonicité du myocarde), au moyen d'excitations induites de faible intensité ou de fréquence réduite ; cette série de stimulations préalables diminue l'énergie de la réaction finale du cœur et rend cette réaction encore plus comparable à celle du cœur intoxiqué.

Que cet état du myocarde constitue bien d'ailleurs, dans l'une ou l'autre de ces deux conditions, une sorte de tétanos à secousses dissociées, c'est ce qui résulte de l'examen des nombreuses courbes de la pression intra-ventriculaire que M. François-Franck a étudiées et de celles que j'ai eu, de mon côté, l'occasion d'obtenir. Cette notion peut être appuyée par quelques observations complémentaires. C'est ainsi que j'ai vu maintes fois les trémulations se produire plus aisément sur le cœur préalablement accéléré. Le phénomène, par exemple, peut être déterminé par une excitation assez faible, si on la fait agir immédiatement après la section des deux pneumogastriques. Inversement, il est moins facile d'amener à cet état un cœur ralenti ; c'est ce que j'ai vu, par exemple, chez des chiens ayant reçu une assez forte dose de pilocarpine qui avait diminué considérablement le nombre des contractions cardiaques.

II. — Tous ces poisons, digitaline, strophantine, ouabaïne, tanghinine, anagyrine, qui provoquent les trémulations ventriculaires, dans le cœur des mammifères, font mourir le cœur de la grenouille en systole. Il était inutile de s'assurer de ce dernier fait avec la digitaline ; mais je l'ai étudié pour les autres substances. Jamais, au contraire, sous l'influence des poisons dits diastoliques, comme la muscarine, la saponine (ce sont les seuls que j'aie étudiés à ce point de vue), je n'ai vu le cœur des mammifères présenter une phase de trémulations ; mais il s'arrête en

Digitized by Google

diastole, comme le cœur de la grenouille. Par conséquent, les trémulations ventriculaires peuvent bien être regardées comme analogues à cet état de contraction permanente, de contracture, auquel les poisons dits systoliques amènent rapidement le cœur de la grenouille. Le relâchement ventriculaire, que l'on observe souvent à l'autopsie des animaux intoxiqués par la digitaline ou par un autre des poisons sus indiqués, est un phénomène consécutif à la tétanisation, comme l'a fait très justement observer M. François-Franck. C'est un phénomène purement passif. Et d'ailleurs, j'ai vu plusieurs fois dans ce cas, surtout chez des lapins, mais aussi chez des chiens, le ventricule gauche rester resserré, tandis que le ventricule droit se dilatait passivement, distendu peu à peu par le sang veineux. Ainsi ces substances, quels que soient les animaux sur lesquels elles agissent, agissent en définitive de la même façon.

## BIBLIOGRAPHIE

**Etude sur l'Aspergillose chez les animaux et chez l'homme**, par le Dr L. Renon, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut, membre de la Société de Biologie. Préface de M. le professeur Dieulafoy, chez Masson, éditeur.

C'est la première fois que des documents épars publiés sur cette question sont réunis en un travail d'ensemble; et nul plus que M. Rénon n'était mieux préparé pour mener un pareil travail à bonne fin. Ce qui rend surtout l'œuvre de M. Rénon intéressante et originale, c'est qu'il a pu démontrer, par des faits anatomiques, cliniques et expérimentaux, que l'*Aspergillus fumigatus* n'était pas seulement un saprophyte vulgaire; en s'appuyant sur une gradation successive des cas observés en pathologie vétérinaire, en pathologie humaine et en pathologie expérimentale, il assigne au parasite un pouvoir réellement nocif. Le champignon devient ainsi un vrai parasite; la maladie qu'il détermine est aussi nette, aussi bien élucidée que les affections microbiennes les mieux connues. L'aspergillose a donc à l'avenir sa place nettement marquée dans le cadre noselogique. C'est dire quelle est l'importance de l'œuvre de M. Rénon, et nous ne saurions trop féliciter l'auteur d'avoir ainsi réuni en un volume les remarquables travaux auxquels il a depuis longtemps déjà attaché son nom.

**L'Hygiène des Syphilitiques**, par A. Bourges, ancien interne des hôpitaux et de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine, préparateur du laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine. 1 vol., à la *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*, chez Masson, éditeur.

L'hygiène considère, à juste titre, la syphilis comme un danger public contre lequel il faut toujours se tenir en garde, et elle s'efforce d'y parer par l'application de certaines mesures de police sanitaire et de prophylaxie générale. Partant de cette idée que l'ignorance du danger syphilitique, des formes sous lesquelles il se présente et des moyens de l'éviter, est un des principaux facteurs de dissémination de la maladie, le professeur Proust a pensé qu'il y aurait quelque utilité à publier un livre dans lequel ces notions seraient mises à la portée de tous, dans un exposé simple et bref, dépouillé de termes techniques. — Ce travail est divisé en trois parties. Dans la première sont examinées les conditions de propagation et les modes de transmission de la syphilis; la seconde est consacrée à la prophylaxie et à l'hygiène individuelle du syphilitique; enfin sont indiquées brièvement, dans la troisième, les mesures de police sanitaire qui sont opposées à l'envahissement de la syphilis.

**Manuel technique de massage**, par le Dr J. Brousses, médecin-major de 1re classe, ex-répétiteur de pathologie chirurgicale à l'Ecole du service de santé militaire; deuxième édition, revue et augmentée, avec 56 figures dans le texte. Chez Masson et Ce, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Pendant les années que l'auteur a passées à diriger un service chirurgical à l'Ecole du service de santé militaire, il s'est préoccupé d'assurer un enseignement pratique du massage aux infirmiers du service. Il a acquis la conviction que les manipulations du massage pouvaient être ramenées à une description simple et qui, débarrassée le plus possible de termes techniques, serait rendue compréhensible de tous. Ce manuel n'est, pour la plus grande partie, que le groupement des leçons faites sur ce sujet.

Dans la 2e édition qui vient de paraître, augmentée de quelques nouveaux chapitres, que les progrès faits dans ces deux dernières années par la massothérapie ont rendus indispensables, M. Brousses a fait tous ses efforts pour rester fidèle à son ancien programme : *Faire avant tout œuvre de vulgarisation et d'utilité.*

## NOMINATIONS DANS LA LÉGION D'HONNEU

M. Empis, ancien président de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur depuis 1886, vient d'être promu commandeur. Cette haute distinction honore, dans la personne de M. Empis, le corps médical tout entier. Car, par la grande honorabilité de sa longue carrière, par la droiture inflexible de sa vie, par sa parfaite probité professionnelle et scientifique, il est de ceux au sujet desquels on peut répéter ce que je disais dans une circonstance récente : il représente dans ce qu'il a de plus sacré, dans ce qu'il a de plus pur, l'honneur médical. A l'Académie de médecine, il jouit — et il est peut-être seul à l'ignorer — d'une influence d'autant plus grande qu'elle s'impose et n'a pas été recherchée, et je connais plus d'un candidat académique, j'en ai connu qui regardent ou ont regardé comme un très grand honneur le suffrage promis ou accordé par lui. Car ce suffrage est toujours inspiré par la justice, faite de rigidité pour lui e d'aménité pour tous ses confrères, petits ou grands. Et c'est pourquoi nous réunissons ensemble l'Académie de médecine et l'académicien dans l'expression de nos plus respectueuses et chaleureuses félicitations.

S'il lit ou s'il a lu les quelques mots écrits dans le dernier numéro en faveur d'un de ses anciens élèves, du professeur *J. Renaut* (de Lyon), qui éprouve — nous le savons — pour son vénéré maître les sentiments de la plus haute et respectueuse estime, il voudra sans aucun doute, par le même esprit de justice, se joindre à nous dans la campagne que nous avons commencée au sujet de la décoration de son digne et savant élève, l'un des plus grands histologistes de notre pays et de notre temps.

M. Guyot, ancien médecin de l'hôpital Beaujon, a été promu officier de la Légion d'honneur. Il était chevalier depuis 1871, depuis plus d'un quart de siècle! Voilà une promotion, encore très heureuse et très justifiée par l'ancienneté et l'importance de services rendus dans les hôpitaux. Nous adressons à M. Guyot nos plus vives, nos plus sympathiques félicitations. — H. H.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr Du Castel

**Affections chancrelliformes de la verge et du gland**

Une des conquêtes scientifiques de l'école française a été d'établir que les chancres vénériens doivent être divisés en deux grandes classes, celle des chancres syphilitiques et celle des chancres simples ; les premiers destinés à être suivis des accidents de l'infection générale syphilitique, les seconds destinés à rester un accident local sans aucun accident d'infection générale consécutif. Les chancres syphilitiques constituent un accident toujours inquiétant parcequ'il n'est jamais permis de prévoir quelle sera la gravité exacte des accidents d'infection qui leur succèderont ; les chancres simples, tout en étant d'un pronostic beaucoup moins inquiétant, sont passibles d'un certain nombre de complications locales sérieuses et même graves, adénite chancrelleuse, accidents gangréneux, phagédénisme ; mais ces complications sont heureusement rares. Les caractères distinctifs de l'un et l'autre chancre ont été nettement mis en lumière par Ricord.

L'ulcération syphilitique initiale est le plus souvent unique ; elle repose sur une base dure, de dureté cartilagineuse ; sa forme est ovalaire ou arrondie ; sa couleur, rouge foncé ou lardacée ; sur la peau, l'ulcération se recouvre d'une croûte noirâtre ; sur les muqueuses, d'un enduit diphtéroïde. L'ulcération syphilitique est habituellement une érosion sans profondeur plutôt qu'une véritable ulcération ; le passage du fond de l'érosion aux tissus sains se fait d'une manière progressive et par une pente douce qui donne à l'ensemble de la lésion une forme de godet ; les dimensions totales sont ordinairement peu considérables, la lésion a peu de tendance à l'extension. La surface de l'ulcération est sèche, peu humide ; elle ne suppure pas, elle fournit plutôt un suintement séreux, elle saigne facilement. Le système lymphatique de voisinage s'envahit rapidement ; un certain nombre des ganglions auxquels les lymphatiques de la région se rendent, se tuméfient sans présenter des phénomènes d'inflammation aiguë, sans présenter ni rougeur, ni douleurs, tout en restant purulents ; c'est la pléiade ganglionnaire de Ricord. Tels sont les caractères de l'érosion syphilitique initiale dite chancre induré, chancre syphilitique, accident initial, sclérose initiale, etc.

Le chancre mou, encore appelé chancre simple, chancrelle, etc., présente des caractères différents.

Le chancre simple ou mou est le plus souvent multiple ; il se sème et se resème dans la région dans laquelle il est né et il est de règle de voir chez le même malade un certain nombre de chancres d'âges différents. A côté d'une ulcération déjà étendue, on observe une ulcération encore minuscule, mais déjà profonde, une vésico-pustule indiquant la préparation d'une nouvelle ulcération. Le chancre simple a une forme moins nettement arrondie que le chancre syphilitique ; il subit plus volontiers dans son développement l'influence de la configuration des parties sur lesquelles il se développe ; d'où des formes irrégulières dues quelquefois à la convergence de plusieurs chancres développés au voisinage les uns des autres et fondus ensemble au moment de leur agrandissement.

L'ulcération chancrelleuse a toujours une certaine profondeur ; ce n'est pas une érosion superficielle comme celle occasionnée par le chancre syphilitique ; c'est une cavité véritable creusée au milieu des tissus ; le derme est profondément atteint et détruit, et le fond de l'ulcération est souvent d'un millimètre au moins enfoncé au-dessous de la peau qui l'environne.

Les bords sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce ; à l'union de la peau saine et de l'ulcération, il y a une chute brusque des tissus. Il y a en plus décollement de la peau au voisinage de l'ulcération ; le pus s'insinue sous la peau saine ou légèrement enflammée, et les bords sont décollés quelque peu comme au pourtour d'une ulcération gommeuse tuberculeuse. La base de l'ulcération est souple ou présente tout au plus une légère infiltration inflammatoire. Le fond de la chancrelle est inégal, irrégulier, hérissé parfois de papilles volumineuses ou recouvert d'un enduit pyoïde. Un pus abondant s'écoule de la surface de l'ulcère. Une vésicopustule, une pustule acnéiforme précèdent le développement de l'ulcération chancrelleuse. Contrairement au liquide de l'ulcération syphilitique, le pus du chancre simple est indéfiniment inoculable au porteur.

Les ganglions de la région périchancrelleuse restent généralement indemnes ; si l'inflammation les atteint, un seul ganglion est atteint, il est douloureux, il suppure facilement.

Jusqu'à ces dernières années, le microscope ne nous avait fourni un élément caractéristique de l'un ou l'autre chancre. Les travaux du regretté Leloir et de mon collègue Balzer avaient bien établi que dans le pus du chancre simple on rencontre des débris de fibres élastiques qu'on ne retrouve pas dans l'exsudation du chancre syphilitique ; c'était là à peu près tout ce que nous savions. Malgré les espérances plusieurs fois émises, le microbe du chancre syphilitique se dérobe encore à nos investigations. Ducrey et Unna ont montré qu'il existe dans le pus et dans les tissus du chancre simple un bacille particulier. C'est un bâtonnet gros et court, de 1 à 2 $\mu$ de longueur sur 0,3 à 0,5 $\mu$ de largeur. Les extrémités sont arrondies et sa forme est souvent celle d'un huit de chiffre. Ces bacilles peuvent être isolés, réunis en groupes irréguliers, en chaînettes ou en chapelets, libres ou renfermés dans les globules blancs. Unna a désigné ce bacille sous le nom de streptobacille. Nous sommes, on peut donc le dire, en possession aujourd'hui d'un chancre simple ayant la

Digitized by Google

caractéristique microbienne, le bacille de Ducrey-Unna. La recherche de ce bacille va nous permettre d'établir plus nettement la limite du chancre simple véritable et d'un certain nombre d'autres lésions ulcéreuses dont nos prédécesseurs n'avaient pas soupçonné la diversité au moment où la dualité chancreuse avait été établie, dont nombre de médecins s'efforçaient d'établir la distinction dans ces dernières années, sans avoir de base d'opération solide. Dès 1867, le professeur Fournier avait montré que la syphilis peut, à ses différentes périodes, donner lieu à des ulcérations qui simulent, à s'y méprendre, le chancre simple. Au début, ce sont des *indurations chancreuses*, qui se rouvrent et s'ulcèrent presque immédiatement après la cicatrisation de l'érosion initiale. Une telle ulcération n'a cependant pas, dans la plupart des cas, les bords décollés de l'ulcération chancrelleuse ; la suppuration est moins franche ; le pus n'est pas inoculable. L'induration cartilaginiforme persiste en quelque mesure sous l'ulcération ; la pléiade ganglionnaire syphilitique n'est pas encore effacée.

La *syphilide ecthymateuse* secondaire donne la série pathologique de la chancrelle, pustule initiale, ulcération profonde à bords taillés à pic, suppuration abondante. L'existence d'une syphilis récente et de lésions ecthymateuses sur d'autres parties du corps peut ouvrir les yeux, mais l'analogie des deux lésions est telle, dans quelques cas, que la recherche du bacille de Ducrey pourra seule permettre d'affirmer la nature dans un certain nombre de cas.

Des *gommes* tardives ulcérées peuvent présenter les plus grandes analogies d'aspect avec l'ulcération de la chancrelle. Cependant l'ulcération gommeuse présente quelques caractères susceptibles de frapper l'attention : elle est généralement unique, plus profonde, plus creuse ; quelquefois on pourra observer l'escarre dont l'élimination donne naissance à l'ulcération ; la base de la lésion est indurée ; l'évolution est plus lente ; l'affection n'est pas auto-inoculable ; l'existence d'autres stigmates syphilitiques peut donner des présomptions précieuses au diagnostic ; enfin un traitement d'épreuve iodo-hydrargyrique fournira des indications de première importance.

Le Dr Darier a présenté récemment à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie un malade qu'il considérait comme atteint d'*ecthyma* térébrant de la verge. Des ulcérations multiples du gland et de la verge présentaient tous les phénomènes optiques considérés comme caractéristiques du chancre simple ; l'inoculation au porteur resta sans résultats. La pustule de l'ecthyma est en général plus volumineuse que celle du chancre simple ; l'ulcération, moins profonde.

Quelques *ulcérations traumatiques* développées au niveau du frein ou dans les plis du fourreau offrent, surtout après les pansements intempestifs, les plus grandes analogies avec la chancrelle ; les anamnestiques, la forme un peu particulière de la lésion, le moindre décollement des bords, la marche plus rapide de la lésion, son manque d'inoculabilité, l'absence du streptobacille serviront de base au diagnostic.

J'ai décrit sous le nom de *balano-posthite pustulo-ulcéreuse* (leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, Doin, édit., 1891), une affection provoquant le développement de pustules et d'ulcérations à la surface du gland, faciles à confondre avec les pustules et les ulcérations du chancre simple. Il faut cependant remarquer que l'ulcération reste habituellement moins profonde que celle de la chancrelle, que les lésions sont beaucoup plus nombreuses, enfin et surtout que je n'ai pas obtenu un succès à l'inoculation dans les quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer. Cette affection se rapproche peut-être plus des impetigos que du chancre simple.

Les ulcérations concomitantes de la *balanite simple*, de l'*herpès*, de la *gale*, de la *tuberculose* du gland ou de la verge, peuvent prendre quelques-uns des aspects des ulcérations chancrelleuses ; mais il est rare que l'analogie soit complète et les lésions concomitantes, avoisinantes feront généralement faire le diagnostic de la nature de l'ulcération.

L'affection furonculeuse de Mauriac avec ses manifestations à grand fracas pourra éveiller l'idée d'un chancre simple gangréneux, elle ne sera pas confondue avec le chancre simple suivant son évolution régulière et normale.

Messieurs, le temps n'est pas éloigné où les auteurs étrangers ne voulaient pas accorder au chancre simple une existence propre, la spécifité réclamée par les maîtres français ; ils ne voulaient y voir que le produit d'une inflammation banale ou les résultats de l'inoculation d'un virus syphilitique atténué, et je pouvais écrire quelque temps avant la découverte du streptobacille : le chancre simple constitue un accident vraiment spécifique ; mais nous ne lui connaissons pas d'élément absolument caractéristique ; à côté de lui, il existe des ulcérations banales ayant avec lui des analogies d'aspect considérables, dont quelques-unes possèdent peut-être même l'inoculabilité ; il existe des ulcérations syphilitiques assez semblables aussi à la chancrelle ; efforçons-nous de découvrir, par l'histologie ou la bactériologie, un élément vraiment spécial qui nous permette de distinguer le chancre simple spécifique des ulcérations similaires des organes génitaux. La découverte du streptobacille par Ducrey-Unna est venu nous fournir l'élément caractéristique du véritable chancre simple. Mon savant collègue, M. Darier, a indiqué la nature des ulcérations similaires quand il a écrit : on peut observer sur la verge et sur le gland des érosions suppuratives, susceptibles de prendre au plus haut degré l'aspect des chancres simples, mais qui ne sont pas auto-inoculables, qui guérissent très facilement avec un pansement simple et qui sont, selon toute apparence, des lésions de pyococcie ou en d'autres termes des impétigos ou ecthymas térébrants à localisations anormales.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Le traitement orthopédique de l'hallux valgus

(*orteil en équerre*)

Par M. P. Mermet, *interne des hôpitaux*

Nous voulons étudier ici les moyens thérapeutiques dont dispose le praticien pour la cure d'une infirmité des plus gênantes, pour laquelle il est souvent consulté; il s'agit de l'hallux valgus ou déviation du gros orteil en dehors.

Nous n'envisagerons aujourd'hui que le traitement orthopédique, nous réservant d'indiquer dans un article ultérieur les diverses méthodes sanglantes préconisées contre cette difformité.

Tout d'abord, nous devons faire remarquer que les indications de ce traitement orthopédique sont des plus fréquentes; il s'adresse aux cas d'hallux valgus légers, à ces cas simples dont est peuplée la clinique et qu'on rencontre plus ou moins chez la moitié des arthritiques. Il s'applique à ceux où la déviation en dehors est peu marquée, où le durillon (oignon) qui recouvre la tête métatarsienne est peu volumineux et n'incommode guère les malades que d'une façon intermittente.

Dans tous les cas, le traitement orthopédique est le procédé de choix; il doit toujours être tenté avant de proposer une intervention plus radicale.

Suivant l'intensité des lésions, on conseillera soit le port d'une simple chaussure bien appropriée, soit celui d'un véritable appareil orthopédique, soit enfin diverses manœuvres non sanglantes de redressement.

1° Du meilleur type de chaussure. — Ce chapitre a une importance première en la matière et le choix d'une chaussure bien construite constitue le traitement préventif de l'hallux valgus; trop de gens atteignent en effet la quarantaine avec un gros orteil en équerre uniquement parce qu'ils se sont astreints jusque là à porter des chaussures trop courtes ou trop hautes de talon. C'est que la chaussure type, celle que Manouvrier appelle rationnelle, doit réaliser certains desiderata du côté de la semelle et du coté du talon.

*Forme du talon.* — Le talon doit être bas afin d'éviter « la descente du pied », c'est-à-dire le tassement vers les orteils des os du métatarse et du tarse; à cet égard, les talons « dits Louis XV » devront être proscrits.

Le talon, en outre, doit être large afin de donner au massif tarsien un solide point d'appui. Ce talon devra correspondre soigneusement à la partie postérieure du calcanéum et non comme dans les « Louis XV » à une partie plus antérieure du pied. En cela, ces dernières chaussures ont une influence déplorable, « car, dit Mauclaire, leurs talons empiètent sur la moitié antérieure du calcanéum, normalement dirigée en haut, et forcent le pied à se porter tout entier vers l'extrémité antérieure plus ou moins effilée de la chaussure; dans ces cas, le gros orteil est obligé de fuir vers la région externe et de s'abriter sous les orteils voisins, comprimé qu'il est dans les deux sens, longitudinal et transversal. De plus, en se déviant en dehors, le gros orteil amène un élargissement du métatarse antérieur : cette incarcération détermine le développement d'un oignon et d'une bourse séreuse qui deviennent la source de souffrances nouvelles. »

*Configuration de la semelle.* — La semelle d'une bonne chaussure doit réaliser aussi certaines conditions.

Sa longueur devra dépasser d'abord l'axe chirurgical du pied d'au moins 1 centimètre à 1 cent. 1/2; car, comme l'ont montré depuis longtemps les physiologistes, notre pied s'allonge dans la marche et se raccourcit pendant l'inaction. « Aussi, dit Jansen, la mesure prise sur la semelle du pied en repos, selon la routine ordinaire, doit produire un soulier trop court pour un pied en marche et ce soulier doit pour cette raison pincer le gros orteil. »

En largeur, la chaussure doit également l'emporter sur celle qui existe entre les têtes des premier et cinquième métatarsiens; d'après les expériences de Féré et Demantké, le pied pendant l'exercice non seulement s'allonge, mais s'élargit aussi.

La chaussure type « rationnelle de Manouvrier » doit reproduire surtout dans la configuration de la pointe la forme du pied chez les sujets qui marchent habituellement pieds nus et chez lesquels le gros orteil s'incline légèrement en dedans. Le bord interne de la semelle sera en ligne droite jusqu'à la pointe du soulier, celle-ci devra contenir seulement le premier et le second orteil et sera située à la partie interne. La partie externe de la chaussure suivra la forme convexe en dehors que présente normalement le pied (von Mayer).

Ce type idéal de chaussure condamne absolument les formes « dites à bouts carrés et à bouts pointus ou en bateau », elle leur est intermédiaire en quelque sorte. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions insister ici davantage, nous nous contenterons de faire remarquer que le port d'une chaussure ainsi construite n'aura d'effet le plus souvent que comme simple traitement préventif ou dans les cas de déformation très légère.

2° Appareils orthopédiques. — Quand la déformation est accusée, les appareils orthopédiques ou des artifices spéciaux de redressement rendront service. Ils ont pour but de corriger d'une façon presque constante la difformité, la déviation de l'orteil, et, pour opérer ce redressement continu, ils prennent leur point d'appui les uns en dehors sur les orteils voisins, les autres en dedans de l'axe du gros orteil sur de véritables tuteurs.

A. *Appareils à point d'appui externe.* — Le premier à signaler est le simple *tampon d'ouate* interposé entre le premier et le second orteil, auquel on adjoint souvent une rondelle d'amadou ou de feutre placée sur la tête du métatarsien interne. M. Blum recommande chaudement cet artifice peu coûteux; il réussit souvent dans les cas de déviations légères, surtout chez l'enfant.

Digitized by Google

Broca a remplacé le simple tampon de ouate par un *redresseur métallique ;* il faisait fixer à l'extrémité antérieure de la chaussure un ressort formé de deux lames métalliques en V qui s'interposaient soigneusement entre les deux premiers orteils.

B. *Appareils à point d'appui interne.* — Ils redressent l'orteil en exerçant sur lui une traction dans le sens du bord interne du pied. Ils sont plus compliqués que les précédents et souvent pèchent même par cette complication.

Le plus simple cependant est *le bandage de diachylon.* On le construit de la façon suivante. On enroule autour de l'orteil, de sa base à son extrémité, une portion d'une bandelette de diachylon ; on ramène ensuite le chef de la bande sur le bord interne du pied, on lui fait contourner le talon et on le conduit finalement du côté externe jusqu'à la tête du cinquième métatarsien. Ceci fait, et à l'aide d'une autre bandelette de diachylon ou d'une bande en toile on s'assujettit la première bandelette par quelques tours bien faits au niveau de l'avant-pied. Avec cet appareil, Sayre protège l'oignon au moyen d'un petit coussinet en forme de cupule.

La *bande élastique* est un dérivé du bandage précédent ; elle s'applique en suivant les mêmes règles.

L'*appareil de Noble Smith* et *celui de Beely* comptent encore parmi les plus pratiques. Dans les deux on entoure le gros orteil d'un ruban, d'une bandelette de diachylon formant bague sur le côté interne de laquelle est fixé un fil solide de soie, qui vient prendre attache sur le bord interne de la chaussure et redresse l'orteil par traction. Dans le soulier de Noble Smith, le fil passe par un trou pratiqué au niveau de la partie antérieure et interne de la semelle, dans celui de Beely le fil est fixé à l'intérieur de la chaussure ; ceci nous semble préférable.

L'*appareil de Bigg* est plus embarrassant, mais peut, sans incommodité, pourtant être porté dans la chaussure. Il se compose d'une lame d'acier disposée en levier, étendue le long du bord interne du pied depuis le niveau de la malléole interne jusqu'au dela de l'extrémité du gros orteil. « La partie postérieure de ce levier, dit Paulet, est assujettie à l'aide d'une large bande de coutil dont les chefs sont lacés sur le cou-de-pied, après avoir été conduits sous la plante et derrière le talon. Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, le levier s'élargit pour former une sorte de capsule percée d'une ouverture au centre, afin de ne pas comprimer la région douloureuse sur laquelle elle s'applique. La lame de métal qui forme le cercle de cette capsule est brisée à la face supérieure et à la face inférieure en deux parties. Celles-ci glissent l'une sur l'autre par une sorte de charnière à tiroir, au moyen de laquelle elles peuvent exécuter des mouvements circulaires dans le sens de la flexion et de l'extension, mais sans mobilité latérale. La portion antérieure du levier est trempée en ressort et reçoit l'attache d'une courroie lacée qui embrasse transversalement le gros orteil. Par cette disposition, le levier, dont le point d'appui est au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne et le point fixe en arrière, contre le tarse, attire l'orteil en dedans tout en lui laissant un mouvement de flexion et d'extension, ce qui laisse à la marche toute sa liberté. »

Le *brodequin de Mellet, l'appareil de Mathieu, ceux de Goldsmith* trop compliqués ne sauraient être décrits ici sans figure explicative ; leur emploi est d'ailleurs abandonné.

Signalons afin, pour être complet, les *attelles moulées de gutta percha* préconisées par Trélat, Blum et Kirmisson, placées sur le bord interne du pied et destinées à supporla pression de la chaussure.

3° Manœuvres de redressement. — A ce redressement continu exercé par les appareils orthopédiques, nous devons ajouter quelques manœuvres non sanglantes qui peuvent rendre service dans certains cas.

Le *massage* pur et simple pourra, chez les jeunes enfants, dans les cas d'hallux valgus congénital, donner d'excellents résultats ; mais en général il est insuffisant.

La *réduction forcée* de la déviation de l'orteil proposée par Redard et immédiatement suivie de l'application d'un appareil plâtré aurait donné des succès à ce chirurgien lors de difformité peu prononcée.

Tels sont les moyens orthopédiques dont nous disposons pour le traitement de l'hallus valgus ; ils ne réussissent, nous devons le dire, que dans les cas légers alors que l'affection est à sa première période ; dans tous les cas complexes ou compliqués il faut avoir recours aux interventions sanglantes.

# ÉTUDE DE CLINIQUE MÉDICALE

## A propos du pronostic des albuminuries

*(Valeur pronostique du symptôme albuminurie)*

Par le Dr Jean Camescasse, *ancien interne des hôpitaux de Paris*

S'il est facile de se convaincre, à la lecture des importants travaux de Talamon et d'Arnozan (rapports au Congrès de médecine, 1896) que cette question « les albuminuries », pour si enrichie qu'elle soit de faits, d'expériences et de théories nouvelles, est loin d'être complètement éclaircie, il m'a paru plus difficile d'admettre qu'il soit permis, à l'heure actuelle, de traiter du « pronostic des albuminuries ».

Des différentes albuminuries, en effet, aucune n'est à proprement parler une maladie. Symptôme d'un état général défectueux, d'une dyscrasie ; symptôme surajouté au syndrome asystolie aux heures critiques des maladies du cœur ; symptôme de l'insuffisance hépatique qui permet la ptomaïnémie ; symptôme des intoxications aiguës, microbiennes ou autres ; etc., etc. ; symptôme, enfin et surtout des lésions du rein, l'albuminurie n'aurait d'existence propre qu'en deux circonstances qu'il est bien curieux

Digitized by Google

d'isoler : parce que, en ces deux circonstances, elle cesserait d'être une maladie, voire même le *signe* d'une maladie.

*A*. Il est possible, il est vraisemblable, qu'une maladie du parenchyme rénal peut guérir (c'est-à-dire être réduite à une sorte de cicatrice), peut se limiter en un point de ce parenchyme de telle sorte qu'en ce point seulement passe (ou se fabrique) toujours un peu d'albumine, tandis que la glande, dans son ensemble, a repris ses fonctions normales.

*B*. Il est possible, mais peu vraisemblable *a priori*, que certains individus jouissent de la propriété particulière de pisser toute leur vie un peu d'albumine, — sans cause comme sans effet. Sont-ils sains ? Quel avenir les attend ? Résisteront-ils aux chances d'intoxication ou d'infection (1) ? N'ont-ils réellement jamais été exposés antérieurement à quelque maladie capable de les faire ranger dans ma première catégorie ? — Je ne saurais répondre !

Mais il n'importe ! l'existence de tels faits ne troublant en rien l'exposé de ce qui va suivre, je puis les admettre jusqu'à plus ample informé.

Quoi qu'il en soit, la réalité des faits nous impose, en ce qui concerne les membres de l'une et l'autre classes, cette conclusion que seul *le parfait fonctionnement de l'émonctoire rénal* permet de porter un pronostic favorable, relativement favorable *sur leur état*.

Cet état ne présente qu'une particularité : l'albuminurie. Cette albuminurie elle-même ne présente qu'une particularité, c'est d'avoir une *signification pronostique* égale à zéro. L'ensemble ne constituerait en somme qu'une curiosité, n'était la violente opposition de ces faits où l'*albuminurie est isolée* et de la signification ordinaire de la présence de l'albumine dans les urines.

Mais que signifie d'ordinaire l'albuminurie ? Ce symptôme a, pour nous praticiens, une grande importance et cependant, en réalité, *bien peu d'importance*. Une grande importance quand, au cours d'une grossesse, il nous permet de prévenir l'éclampsie ; quand il nous permet, sous l'anémie apparente, la neurasthénie trop commode, de déceler la néphrite insidieuse ou seulement l'insuffisance rénale, ou encore la ptomaïnémie.

Or, dans ces cas, l'albuminurie n'a pas de pronostic propre, puisque le taux d'albumine augmente tantôt en même temps que le pronostic s'aggrave (par exemple quand les urines diminuent en quantité), tantôt en même temps que le pronostic s'adoucit (par exemple quand on commence à obtenir de la polyurie (2), et inversement ; puisque, en considérant deux malades différentes, l'une rendant 1 gramme d'albumine en 24 heures et l'autre 10 grammes, le professeur Pinard (3) établit que le plus grand danger est pour la première ; puisque encore l'albuminurie peut *disparaître* alors que le danger persiste ; (il en est ainsi par exemple soit dans mon observation I, soit dans le fait si intéressant rapporté par Husson (1), où l'on voit la mort survenir, et montrer une lésion rénale grave, persistante, dans un cas d'anémie pernicieuse, alors que l'albuminurie avait définitivement disparu depuis un mois) ; puisque, enfin, le malade peut continuer à pisser de l'albumine alors qu'il est guéri (albuminuries cicatricielles, comme plus haut en A.) (2) (3).

Mais si pour toutes ces raisons l'albuminurie n'a pas de pronostic propre, elle a *habituellement* une *valeur pronostique* considérable, une signification très nette .

La présence de l'albumine dans les urines signifie que le malade est en train de s'empoisonner lui-même : qu'il s'agisse d'un organisme dans lequel les déchets ont été fabriqués en trop grande quantité, qu'il s'agisse de l'insuffisance du foie ou de l'intestin, que tout simplement enfin le coupable soit le rein atteint primitivement ou secondairement, mais de telle façon qu'il ne *débite* plus assez. Malheureusement ce rôle d'*avertisseur*, de *sonnette d'alarme*, nous a amené à une douce paresse : pour nous rendre compte de l'état d'empoisonnement de notre malade au cours de sa maladie, nous regardons tout simplement « s'il y a de l'albumine dans les urines.... et combien ».

Or, après bien d'autres (4), je me propose de montrer ici combien cette sonnette d'alarme fonctionne irrégulièrement, si irrégulièrement que je me demande si je n'ai pas eu tort d'écrire plus haut que le symptôme albuminurie avait *habituellement* une valeur pronostique considérable, sans ajouter « quand ce symptôme existe ». Car à toutes les réserves énumérées plus haut il faut ajouter encore la suivante : il est non seulement des ptomaïnémies (Huchard, *loco citato*), mais encore des urémies (Marion, *loco citato*) sans albuminuries. Je rapporte plus loin (obs. II) un exemple de ces urémies, exemple très intéressant en ce que l'absence d'albumine dans les urines a fait errer le diagnostic et le traitement pendant deux ans. Je suis heureux de trouver dans ce journal même (5) un fait plus récent où l'erreur a été évitée.

(1) Voir page 5 les notes 4 et 5.

(2) *Journal des Praticiens*, 1896, n° 14, page 216 : modifications de la quantité d'albumine comme signe pronostic des néphrites.

(3) Pinard : Leçon in *Indépendance médicale*, 1896, p. 281. Signification pronostique de l'albumine gravidique.

(1) Husson, *Thèse de Paris*, 1895 : Anémie grave dans la grossesse, pages 53 et seg.

(2) J'ai dans ma clientèle un cas qui montre que cette dernière assertion est bien précaire. Un homme de 40 ans, d'apparence vigoureuse, conserve (depuis 25 ans peut-être, depuis quatre ans certainement) un peu d'albuminurie. Il se porte très bien. Mais il lui a suffi, il y a quatre ans, de trop manger pendant deux mois pour avoir une petite atteinte d'urémie : oppression, palpitations, bruit de galop.

(3) Comparer avec le fait de Jasczlevicz que je trouve dans l'*Indépendance médicale* (1896, page 104, n° 13) : albuminurie constatée en 1891, l'urémie ne s'est manifestée qu'à l'occasion d'une grippe.

(4) A. Travaux de Bouchard et de ses élèves sur la toxicité des urines. — B. Charrin : Poisons des urines. — C. Marion : Urémies sans albuminuries (*Arch. de méd.*, 1895). — D. Huchard : Asthme dit nerveux (*Journal des Praticiens*, 1896, n° 8, pages 113 et seg.), etc.

(5) N° 46, page 727. — Insuffisance rénale transitoire.

Digitized by Google

Ce n'est donc pas seulement pour faire une figure de rhétorique que j'ai écrit plus haut que l'albuminurie avait en réalité pour nous bien peu d'importance ; si même, faute d'être suffisamment prévenus, la connaissance que nous avons de ses relations habituelles avec nombre d'états morbides ne devenait parfois un véritable danger.

Les sonnettes d'alarme ont toutes l'inconvénient qu'on s'y fie. — Or elles peuvent : et cesser de fonctionner avant que le danger ait disparu (observ. I) et, aussi, ne pas fonctionner du tout à l'heure du dit danger (observ. II). — Le symptôme albuminurie rentre dans la loi commune : on ne peut se fier à lui que d'une façon très relative(1).

J'aborde les faits : on verra dans le premier que je me suis bien trouvé d'une certaine méfiance à l'égard de l'albuminurie. Quoique je m'exagère sans doute la portée de ce fait unique, je dois dire : j'ai eu là une grosse satisfaction (trop rare hélas ! en notre métier), celle de *comprendre*. Et puis ma malade était deux et l'enfant pesait 2850 grammes à sa naissance !

Observation I. — Albuminurie gravidique, épistaxis. 1° *Examen des urines, albuminurie. — Régime lacté, faux départ. — 2° Examen, pas d'albumine, mais insuffisance rénale. — Reprise du régime lacté. — Lente amélioration de la fonction rénale. — Transactions avec le régime. — Accouchement normal à terme, enfant de 2850 grammes. — Infarctus blanc placentaire.*

Quid *de la lactation?* (2)

*Le tout compliqué d'une légère glycosurie chez une héréditaire.*

Mme G. Ch., vingt-quatre ans, à X. Deuxième grossesse.

Antécédents héréditaires : grand-père paternel mort à soixante-huit ans de prostatite, cystite et pyélo-néphrite. Grand'mère paternelle vivante (soixante-seize ans), arthritique, névropathe, atteinte actuellement d'un épithélioma de l'aisselle. Oncle paternel grand névropathe. Père diabétique depuis de longues années, d'ailleurs de bonne santé apparente.

Antécédents personnels : toujours pâle, un peu frêle, santé peu brillante mais régulière, pas de maladie sérieuse autre qu'une poussé puerpérale intense, mais de courte durée après son premier accouchement il y a quatre ans (infection par une garde qui porte des manchettes de coton sous prétexte de propreté, au lieu de panser sa patiente les bras nus et... savonnés.).

Abcès du sein le quinzième jour.

Malgré son anémie apparente, Mme G. Ch. paraît normalement développée. Elle a très bien supporté sa première grossesse. Début de la seconde grossesse fin décembre 1895 ou janvier 1896 (1).

Le 16 mars 1896 je suis appelé auprès d'elle parce que « *elle crache du sang* ». En réalité il s'agit d'une épistaxis qui a débuté au lit. Epistaxis très abondante d'ailleurs : le sang s'écoule dans le pharynx et provoque à la fois de la toux et des vomissements. L'émotion de la malade, calmée par quelques bonnes paroles, je m'enquiers rapidement des petits signes du brightisme : seul le signe du doigt mort existe, et encore ! Examen rapide des urines : *albuminurie légère*. Constipation.

On recueille les urines des vingt-quatre heures qui suivent : quantité : 600 centimètres cubes environ ; phosphates en excès ; urée 8 gr. 50 par litre ; cylindre granuleux ; *albumine 75 centigrammes par litre.*

Au deuxième ou troisième mois de la grossesse cet ensemble était plutôt inquiétant. Je prescris *régime lacté intégral* : une tasse à thé de lait toutes les deux heures.

A la quatrième tasse de lait, la malade, prise de dégoût, vomit et m'envoie chercher pour me déclarer qu'elle ne saurait continuer.

Première transaction : régime végétarien, eau pour boisson.

Le 18 mars, 800 centimètres cubes d'urine ; retour des épistaxis, avec moins de violence toutefois.

Le 19, nouvelle tentative de régime lacté ; le dégoût revient dès la troisième tasse qui est vomie. J'essaye, le 20, de donner du lait seulement matin et soir. La malade ne peut en avaler une seule goutte.

La constipation ne cède pas sérieusement aux lavements.

21. Je me décide à purger ma patiente ; ce que j'aurais dû faire plus tôt : Trois fois, à douze heures d'intervalle, on donne une cuillerée à café de magnésie calcinée délayée dans de l'eau sucrée. Trois gardes-robes abondantes, la dernière presque liquide.

Le lendemain 22, la malade peut enfin boire, *à ses repas*, du lait coupé d'eau par moitié ; puis de tentatives en tentatives elle arrive les 24, 25, 26 et 27 à prendre un litre et demi de lait additionné d'autant d'eau.

(1) Toutes les considérations qui précèdent ou qui suivent sont discutables en l'absence de données plus certaines sur les *auto-intoxications* qui sont alternativement *cause* ou *effet* de l'*insuffisance rénale*. Par exemple on trouvera dans le n° 13 de l'*Ind. méd.* de l'année 1896, à côté de deux faits d'albuminurie *physiologique* remontant à 25 ans (Lutaud), trois cas (Dignat) d'albuminurie sans brightisme chez des surmenés ; — or il est permis, à l'heure actuelle, de considérer les signes du surmenage comme relevant de l'auto-intoxication.

Autre exemple d'interprétation différente : Soc. obstétr. de France (16 avril 1896). Le Damany communique l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles assez graves pour justifier un avortement ; les vomissements ont cessé *aussitôt* après la délivrance et un curettage digital. Il en conclut que les vomissement sont dus à un réflexe parti de l'utérus et non à une intoxication. — Sous l'empire de mes impressions actuelles j'aurais, à sa place, dit que ce mode de guérison pouvait être comparé à ce qui s'observe le plus souvent au cours de l'éclampsie *ante partum* : je me rappelle très bien que, chez ma dernière éclamptique, tout a disparu aussitôt la délivrance. Mais de plus le réflexe utérin convulsivant était très net chez elle : il suffisait de toucher le col du bout du doigt pour provoquer une attaque d'éclampsie. De la comparaison de ces deux faits j'aurais donc conclu que, au cours de la ptomaïnémie, normale ou anormale, de la grossesse les *réflexes utéro-gastriques* peuvent être exagérés, comme les *réflexes utéro-convulsivants* le sont quand à cette ptomaïnémie s'ajoute de l'insuffisance rénale. Il est vrai que si l'on me demandait de dire quel est le fait qui provoque l'accouchement normal, je répondrais que c'est la saturation de l'organisme maternel par les ptomaïnes fœtales ajoutées aux ptomaïnes maternelles : les premières augmentant constamment, le rein maternel finit par devenir insuffisant. Et j'aurais tort de répondre ainsi puisque *je n'en sais rien*

(2) Cette question, la lactation, m'inquiétait depuis de longs mois. Elle vient de faire l'objet de différentes leçons et semble devoir être résolue positivement. J'avais agi dans le même sens pour d'autres raisons que je résume ainsi : le *lait répandu* des bonnes femmes est une réalité clinique qui s'appelle aujourd'hui une « toxémie », une « ptomaïnémie » plutôt ; donc la mère allaitera, parce que *à rein douteux il faut ménager la besogne.*

(1) L'accouchement ayant eu lieu à terme (semble-t-il) le 20 septembre., le début de la grossesse peut être fixé à la première de ces dates.

Digitized by Google

Le 23, nous avons recueilli 1.500 centimètres cubes d'urines qui donnent par une analyse (bien incomplète, hélas!) les renseignements suivants : urée, 3 gr. 50 par litre ; phosphates en excès ; cylindres granuleux ; *albumine en quantité notable.*

Urines du 28 mars : 1.400 centimètres cubes ; urée, 12 gr. 60 en vingt-quatre heures ; chlorures, 9 grammes en vingt-quatre heures ; *il n'y a plus d'albumine dans l'urine.*

Si ce dernier renseignement m'était venu seul, j'aurais certainement considéré l'affaire comme terminée. L'état apparent de ma malade m'y invitait. Il n'y avait plus d'épistaxis, et la patiente, qui n'avait jamais parlé de faiblesse extraordinaire, se sentait beaucoup plus forte. Mais à côté de ce renseignement : albumine, 0, j'avais cet autre renseignement : urée, 12 gr. 60 en vingt-quatre heures.

Or je considère, à défaut de renseignements précis (1), qu'une femme enceinte doit éliminer chaque jour autant, sinon plus, d'urée qu'en dehors de l'état de grossesse.

J'ai donc maintenu le régime lacté ; mais, pour éviter le dégoût sans cesse menaçant, je permettais, tous les quatre jours, deux jours sans lait, mais aussi sans viandes d'aucune sorte, sans boissons fermentées également : eau et légumes.

Le 7 avril : 1.300 cc. d'urine. — Albumine, traces ; — sucre, 3 gr. par litre ; — chlorures, 0 gr. 37 par litre ; — ac. phosphorique, 1 gr. 50 ; — urée, 11 gr. par litre, soit 14 gr. 30 en vingt-quatre heures.

En continuant de la sorte, nous arrivons, le 19 avril, au résultat suivant : Quantité d'urine en 24 heures, 1.500 cc. ; — extrait sec total, 41 gr. 70 ; — urée, 17 gr. 65 ; — acide phosphorique, 2 gr. 17 ; — sucre, 1 gr. 50 ; — le tout en vingt-quatre heures ; — *albumine, néant.*

La malade va désormais de mieux en mieux. La constipation est efficacement combattue (une selle tous les deux jours) par une poudre laxative : lactose, soufre, séné, réglisse.

L'état général devient bon. Le taux des urines restant le même, nous arrivons à 22 grammes d'urée en 24 heures en juin, 28 gr. en août. Plus trace d'albumine. Toujours un peu de sucre.

La malade revient peu à peu au régime alimentaire normal, sauf les boissons fermentées. C'est ainsi qu'en mai j'ai permis le poisson, les viandes blanches au commencement de juin, les viandes rouges, à titre d'exception, en juillet.

Le 20 septembre, accouchement normal d'un beau garçon, qui pèse 2.850 grammes. C'est un beau résultat après une pareille alerte.

Je conseille à la mère de nourrir elle-même son enfant, parce que :

1° Bonne nourrice intra-utérine, elle sera vraisemblablement bonne nourrice après l'accouchement ;

2° Je ne me soucie pas de faire traverser au rein la crise de toxémie, *dite lait répandu,* qui répond à la suppression brutale de la sécrétion lactée.

Mais un point m'inquiète : la glycosurie. — Glycosurie et lactation, cela va-t'il ensemble ?

(1) Après quelques recherches sans résultat, je me suis décidé un peu plus tard à demander à mon excellent ami le Dr Demelin quels étaient les chiffres publiés ou connus en cette matière. Il m'a appris que l'on manquait absolument de renseignements sérieux. C'est pour cela que je donne ici tous les chiffres que j'ai eus.

Le 6 octobre nous aurons une alerte. La température, après un frisson, monte brusquement à 39°,8. — Vérification faite, il s'agit d'une poussée de lymphangite (?), extrêmement localisée, au sein gauche. — Purgation (magnésie calcinée) ; sulfate de quinine ; compresses boriquées chaudes sous un imperméabe *loco dolenti.*

Les urines des 24 heures, recueillies du 3 au 4 octobre, ont été analysées et nous ont donné les chiffres suivants :

Quantité en 24 heures, 1.500 *cc.* ; urée en 24 heures, 32 gr. 64 ; ac. phosphorique, 3 gr. 30 ; extrait sec, 60 gr. 30 ; *sucre, néant ; albumine, 0 gr. 18 en 24 heures.*

Cette faible quantité d'albumine est liée, non à la présence d'éléments figurés du rein, mais à des traces de pus : le sédiment contient d'assez nombreux leucocytes.

18 octobre. La mère est évidemment une nourrice insuffisante, il faut compléter chaque tétée par l'usage (coupé d'eau) stérilisé. Je n'ai donc obtenu qu'un allaitement mixte.

13 novembre. La lactation est toujours très imparfaite. La mère, un peu fatiguée, ne peut suffire qu'à deux tétées par jour. — On complète (?) avec du lait stérilisé. L'enfant pèse 4 358 grammes.

10 janvier La mère n'ayant plus de lait, on a recours exclusivement à l'allaitement artificiel, qui semble réussir parfaitement.

En serait-il de même si, le 19 avril, me contentant de l'examen sommaire des urines et du résultat qu'on sait « *il n'y a plus d'albumine* », j'avais permis le retour au régime normal ? Retour qui en fait a eu lieu en juin, quant aux aliments, et seulement après l'accouchement quant aux boissons (sauf quelques rares infractions pour ces dernières).

Je n'hésite pas à répondre négativement à cette question. La marche ascendante du taux de l'urée, du taux de l'extrait sec, sous l'influence du régime, me paraît, à défaut de l'étude des toxicités (du sérum et de l'urine) (1) une conformation suffisante de ma manière de voir.

Le tableau ci-contre résume très clairement les faits, me semble-t-il :

Ce tableau montre que le retour des « produits » du rein à l'état normal s'est fait en plusieurs temps.

Des urines du 17 mars, insuffisantes en quantité et en qualité, nous passons, dès le 23 mars, à des urines suffisantes en qualité.

L'*albuminurie* persiste le *7 avril,* pour *disparaître définitivement avant le 19 du même mois,* tandis que le retour de *l'urée* à un *taux* presque *normal* n'aura lieu qu'*en juin.*

C'est précisément cette dissociation des éléments propres à éclairer le pronostic, et le diagnostic qui m'a frappé. L'amélioration de l'état général fut d'ailleurs

(1) Cette étude est entreprise par plusieurs à l'heure actuelle : on trouvera dans le *Journal des Praticiens* n° 2, 1897, pages 28 et 29, mention des recherches expérimentales de Labadie-Lagrave, Boix et Noé, d'une part, de Van de Velde (de Leyde) d'autre part.

Les auteurs observant dans des conditions bien différentes, urine et sérum de lapines pleines ici, urine de femmes enceintes là, ont obtenu des résultats absolument divergents. Je ne me permettrai pas actuellement d'insister sur ces divergences.

Quant aux rapports des variations de l'urée, des éléments de l'urine en général, avec les variations de toxicité du sérum ou de l'urine c'est une question dont la solution est *entrevue* seulement malgré le nombre et l'importance des travaux de chaque jour.

Digitized by Google

parallèle en somme à l'amélioration de la fonction rénale; si toutefois il est permis de considérer comme repère de cette fonction le taux de l'urée.

Si, en effet, la malade vit disparaître ses épistaxis dès les premières tentatives de modification du régime, ou plus exactement dès la privation d'aliments qui fut le seul résultat réel de ces tentatives ; *si la diurèse ne se produisit qu'après une purgation*; si la malade se sentit plus forte dès le mois d'avril, alors qu'elle vivait de pommes de terre, de légumes frais, de lait et d'eau, ce n'est qu'à partir du mois de mai qu'elle m'a demandé la permission de manger du poisson et en juin celle de manger des viandes blanches; et surtout *ce n'est qu'à partir du mois de juin qu'elle se permit de temps à autre de boire autre chose que du lait et de l'eau.*

Je dis qu'elle se permit, car je n'ai donné cette permission qu'après l'accouchement.

*(A suivre.)*

| | 16 MARS | 17 MARS | 18 MARS | 23 MARS | 25 MARS | 7 AVRIL | 19 AVRIL | JUIN | 2 AOUT | 20 SEPT. | 4 OCT. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3e MOIS | 3e MOIS | 3e MOIS | 3e et 4e MOIS | 4e MOIS | 5e MOIS | 5e MOIS | 7e MOIS | 8e MOIS | | POST PARTUM |
| Quantité d'urines en 24 heures | | 600cc | 800cc | 1500 | 1400 | 1300 | 1500 | 1400 | 1500 | Accouchement. | 1500 |
| Albumine en 24 heures | Présence | 0,45 | | Quantité notable | 0 | Traces | 0 | 0 | 0 | | Traces (3) |
| Urée en 24 heures | | 5,10 | | 5,25 | 12,60 | 14,30 | 17,65 | 22 | 28,6 | | 32,64 |
| Extrait total | | | | | | | 41,70 | | 50,70 | | 60,30 |
| Ac. phosphorique en 24 heures (1) | | Excès | | | | 2,25 | 2,17 | | 2,07 | | 3,30 |
| Sucre en 24 heures (2) | | | | | | 3,90 | 1,50 | 3 gr. | 4,38 | | 0 |
| | Constipation | Cylindres | | Cylindres | | | | | | | Pus (4) |
| Thérapeutique | Echec du rég. lacté, mais suppression des boissons fermentées et des viandes. | | | Purgation légère l'avant veille | Régime lacté, puis rég. végétarien; laxatifs | | | | Aliment. commune | | Aliment. commune Lactation |

(1) (2) Chiffres fournis à titre de renseignements. De telles variations auraient sans doute singulièrement troublé la recherche de la toxicité des urines.
(3) (4) Ces traces d'albumine représentent sans doute des leucocytes dissous.

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile (1)

Acétate d'ammoniaque. — Stimulant, diaphorétique, diurétique, expectorant.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | 0 gr. 50 | à 1 gr. par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 1 gr. | à 3 gr. — |
| De 3 à 5 ans | 3 gr. | à 5 gr. — |
| De 5 à 10 ans | 5 gr. | à 8 gr. — |

(1) *Traité des maladies de l'enfance*, publié sous la direction de Grancher, Comby, Marfan.

Nous donnons, d'après M. Marfan, une table où sont indiqués, par ordre alphabétique, les médicaments les plus usités dans les maladies de l'enfance avec les doses qui, pour chacun, conviennent aux différentes phases de cette époque de la vie. Pour les médicaments très actifs, les doses minima indiquées sont les doses initiales, les doses d'essai, qu'on administre fractionnées. Elles permettent de tâter la susceptibilité de l'enfant; elles peuvent être augmentées progressivement, si on surveille l'effet du remède de manière à en cesser l'usage quand il se produit des signes d'intolérance.

Aconit. — Sédatif et peut-être antithermique.

On emploie seulement l'alcoolature des racines d'aconit aux doses suivantes :

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois | 1/2 à II gouttes par jour |
| De 15 mois à 3 ans | III à V gouttes — |
| De 3 à 5 ans | V à VIII gouttes — |
| De 5 à 10 ans | VIII à XV gouttes — |

Alcool. — Stimulant, antithermique douteux. Ses effets chez les enfants du premier âge sont peu favorables. On l'emploie sous forme de cognac ou de rhum.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | 5 à 10 gr. | de cognac ou de rhum par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 10 à 15 gr. | — — |
| De 3 à 5 ans | 15 à 20 gr. | — — |
| De 5 à 15 ans | 20 à 30 gr. | — — |

On l'administre souvent sous la forme d'une potion dite potion de Todd ; en voici la formule pour les enfants :

| | |
|---|---|
| Cognac ou rhum | 15 à 30 gr. |
| Sirop simple | 25 gr. |
| Teinture de cannelle | 3 — |
| Eau | 60 — |

*(A suivre.)*

Digitized by Google

# MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

## PATHOGÉNIE

**Comment prend-on le paludisme ? —** Dans ces dernières années, de nombreux travaux ont été entrepris dans le but d'élucider la question du mode d'infection dans le paludisme, et jusqu'en ces derniers temps, infection par l'air, ou infection par l'eau, on n'avait pas d'autre alternative. M. Laveran essaie d'élucider cette question dans la *Revue d'hygiène* (n° 12, 1896).

L'hypothèse de l'infection par l'air est la plus ancienne (mal' aria voulant dire mauvais air), mais de nombreux faits démontrent que le transport de l'agent pathogène par l'air ne peut avoir lieu que dans des limites très restreintes. Ainsi, dans une même ville à quelque cent mètres de distance, on trouve des quartiers salubres et d'autres qui ne le sont pas; à Rome, qui est entourée de tous côtés par des zones palustres étendues, il n'y a pas de paludisme pour les habitants de la ville, mais une fois les murs franchis, le danger commence; dans les régions les plus chaudes et les plus insalubres du globe, les marins sont à l'abri du paludisme dans leurs vaisseaux, alors même que ces vaisseaux sont ancrés à une faible distance de la côte. Les faits de ce genre pourraient être multipliés. Au contraire, pour prouver l'infection par l'air, on a cité l'exemple d'individus atteints d'accidents palustres au moment même où ils traversaient des marais, et sans qu'on pût invoquer d'autre cause d'infection que l'air; mais ces faits ne peuvent être considérés comme probants, attendu que le paludisme a besoin pour se développer d'une période d'incubation d'environ sept à huit jours. L'origine hydrique du paludisme semble mieux prouvée et Boudin est un des auteurs qui la soutint avec le plus d'énergie, en relatant l'épidémie qui sévit sur le navire *l'Argo* où les marins buvaient de l'eau puisée dans un endroit marécageux près de Bône. Il paraît cependant plus vraisemblable que les militaires de l'*Argo* étaient impaludés au moment de leur embarquement à Bône. En faveur de l'origine hydrique, on a également signalé des cas où la malaria à disparu de certaines localités à partir du moment où les habitants firent usage d'eau de bonne qualité. Salamone Marino a opposé à cette opinion le contrôle de l'expérimentation (*Riforma medica*, 1890). A des individus sains et robustes qui se trouvaient dans une localité salubre, il fit ingérer de l'eau puisée dans des localités palustres, et n'arriva pas à produire la malaria. Comme autre argument, on a dit que l'infection par les voies digestives n'était pas possible en raison de l'action des sucs gastriques et intestinaux, et on a cité à l'appui de cette assertion des expériences démontrant que les infusoires étaient détruits quand on les soumettait à des digestions artificielles. D'après M. Laveran, on ne peut écarter *a priori* l'opinion qui attribue un rôle à l'infection par l'eau de boisson, mais on ne peut pas non plus l'admettre absolument.

Au contraire, l'hypothèse émise par M. Laveran au sujet du rôle des moustiques gagne du terrain, elle est considérée par plusieurs observateurs des plus compétents comme la plus vraisemblable, comme celle qui s'accommode le mieux avec ce que nous savons des circonstances dans lesquelles se produit l'infection palustre. En raison de l'insuccès des essais de culture de l'hématozoaire et pour d'autres causes aussi, on peut se demander s'il n'existe pas, pour lui, comme pour d'autres parasites, un hôte intermédiaire.

Bon nombre de faits viennent à l'appui de cette hypothèse de la transmission du paludisme par les moustiques. Les moustiques, qui abondent dans toutes les localités palustres, disparaissent sur les hauteurs, là où cesse l'endémie palustre. Le drainage du sol qui supprime les fièvres fait disparaître aussi les moustiques. Les fièvres de première invasion ne règnent qu'à l'époque où les moustiques abondent ; pendant le reste de l'année, on n'observe que des rechutes. C'est pendant la nuit qu'on est le plus exposé à contracter le paludisme, et c'est pendant la nuit que les moustiques s'acharnent le plus à leur proie. D'autre part, on a remarqué que, dans les maisons des localités palustres, les étages supérieurs étaient plus sains que le rez-de-chaussée et le premier étage; or les moustiques abondent surtout au niveau du sol.

La prédisposition aux fièvres est d'autant plus marquée que la peau est plus fine, plus délicate ; les enfants qui ont tant à souffrir des moustiques, sont plus éprouvés par les fièvres palustres que les adultes, tandis que les nègres dont la peau est épaisse, résistante, et qui sont très peu sujets aux piqûres des moustiques, jouissent d'une immunité remarquable pour le paludisme.

Cependant, il n'est pas probable que les moustiques puissent inoculer le paludisme directement, d'homme à homme, car les fièvres palustres ne se répandent pas par contagion, alors même que les moustiques abondent. En effet, la plupart des tentatives d'inoculation d'homme à homme ont échoué entre les mains de Dochmann ; des inoculations dans le tissu conjonctif faites par Mariotti et Ciariocchi sont restées négatives, elles auraient quelquefois réussi d'après Bein, Calandruccio et di Mattei. Au contraire, l'injection intra-veineuse pratiquée par Machiafava et Celli a été couronnée de succès. Les essais d'inoculation du paludisme aux animaux ont toujours échoué jusqu'ici. Or, les moustiques ne semblent pas pouvoir réaliser les conditions d'inoculation intraveineuse nécessaires pour la transmission du paludisme, c'est donc autre part qu'il faut chercher la solution du problème. Peut-être le moustique joue-t-il vis-à-vis de l'hématozoaire le même rôle qu'il jone dans la transmis-

Digitized by Google

sion de la filariose. Manson a défendu cette opinion émise par M. Laveran, et a prouvé les métamorphoses diverses de l'hématozoaire dans le corps de l'insecte.

D'après Manson, les flagelles de l'hématozoaire représentent le premier stade de la vie libre du parasite, et ils se comportent comme les filaires embryonnaires dans le corps des moustiques qui se sont gorgés de sang palustre; ils traversent la paroi de la poche stomacale et vont se loger dans le corps de l'insecte où s'accomplit une phase de leur évolution. Lorsque le moustique, après avoir pondu, meurt à la surface de l'eau ou de la terre humide, le parasite rentre dans une larve de moustique ou bien il est mis en liberté. L'homme pourrait s'infecter en buvant l'eau dans laquelle sont venus mourir les moustiques gorgés de sang palustre ou bien par inhalation des poussières provenant des marais desséchés.

D'autre part, Ross a soumis à la piqûre de moustiques un malade atteint de paludisme dans le sang duquel se trouvaient des croissants, et il a constaté que les croissants se transformaient rapidement chez ces insectes en corps sphériques et en flagelles. Il est présumable qu'après cette transformation dans l'estomac, les flagelles pénètrent dans les tissus de l'insecte. Ce rôle du moustique comme hôte intermédiaire et non comme agent d'inoculation directe du paludisme paraît appuyé sur des observations sérieuses et gagne de plus en plus du terrain. Le sang paraît donc être la voie réelle de transmission du paludisme, car on a des faits certains de transmission de la mère au fœtus tandis qu'on n'en a pas par la lactation; une femme qui a la fièvre palustre, dit M. Laveran, est assurément une mauvaise nourrice et on comprend que des accidents se produisent chez l'enfant qu'elle allaite, mais il paraît improbable qu'elle puisse transmettre le paludisme à cet enfant.

En somme, la question du mode d'infection dans le paludisme, tout en entrant dans une nouvelle phase, n'est pas encore complètement élucidée, et les recherches expérimentales, entreprises dans le but de découvrir comment s'infectent les oiseaux dans une maladie proche parente décrite par Danilewsky, n'ont pas donné jusqu'ici des résultats satisfaisants, ce qui prouve les nombreuses difficultés qu'on éprouve à avoir des connaissances précises sur cette question. — M. D.

---

**Syphilis et anévrysmes.** — Tandis que certains auteurs affirmaient que l'anévrysme peut dériver de la syphilis, Broca et Gull niaient le fait, et cependant l'importance de ce facteur ne fait maintenant plns de doutes pour personne. Cependant Lancereaux n'accepte cette étiologie que lorsqu'il s'agit des anévrysmes des artères cérébrales et la nie pour les autres. La thèse de Verdié (1884) et l'excellente revue générale de Thibierge (*Gaz. Hôp.*, 1889) éclaircissent cette question qui vient de faire l'objet d'un intéressant travail de Etienne (*Ann. Dermatologie*, janvier 1897). Ce dernier auteur se pose déjà cette question : Dans quelle proportion trouve-t-on la syphilis dans les antécédents personnels des malades atteints d'anévrysmes ? Sur 240 cas d'anévrysmes relatés, il trouve des indications formelles de syphilis 166 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 69/000e ou un peu plus des 2/3. Cette proportion est plus forte que celle de Thibierge (50 0/0), de Frœnkel (47 0/0), Heiberg (42 0/0), un peu inférieure à celle de Malmsten (80 0/0), Welsch (17/33).

De plus, dans cette statistique, on voit que la femme figure moins souvent que l'homme et on sait que la syphilis est notablement plus fréquente chez ce dernier.

Dans la statistique de Etienne, à côté de la syphilis, on trouve comme autres facteurs étiologiques : l'alcoolisme, 28 fois; le paludisme, 8; la scarlatine, 1; le rhumatisme articulaire, 7; la variole, 2; la goutte, 1; la pneumonie, 2; la fièvre typhoïde, 5; la dysenterie, 1; l'érysipèle, 1. Il est très vraisemblable que des causes déterminantes viennent fixer le point qui offrira le moins de résistance à l'action de la cause prédisposante, c'est ainsi que la localisation de l'anévrysme au niveau de l'aorte 133/234, et surtout de la crosse, 44/73 et probablement due à l'influence de l'ondée sanguine qui frappe en ce point les parois du vaisseau avec le maximum d'énergie.

Etienne relate aussi que, sur 240 observations, il a trouvé 28 fois l'existence simultanée de dilatation anévrysmale et de stigmates spécifiques.

Les cas d'anévrysmes évoluant chez les conjoints sont fort intéressants à ce point de vue. Jaccoud, dans une de ses cliniques, rapporte une observation concernant un mari et sa femme, syphilitiques tous deux et morts tous deux à six mois de distance l'un de l'autre, d'un anévrysme aortique. Dans un ordre d'idées voisin, le cas de Leyden relatif à une femme atteinte d'un anévrysme de la crosse aortique, alors que le mari était atteint de tabes, est aussi fort intéressant.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'action de la syphilis sur les parois artérielles des petites artères est couramment acceptée depuis les travaux de Lancereaux, Heubner, etc., mais cette action n'est pas généralement admise en ce qui concerne les artères de gros calibre. Et cependant Welsch (*The Lancet*, 1875) sur 117 cas d'aortite fibroïde, lésion qui, d'après lui, est l'origine ou le prélude des anévrysmes syphiliques, trouvait 46 0/0 de sujets indubitablement syphiliques. Davidson a fait les mêmes constatations.

La clinique permet-elle aussi d'accepter le rôle de la syphilis dans la pathogénie des anévrysmes? Oui, car de nombreux cas d'aortite avec anévrysme ont été publiés où la syphilis existait seule dans les antécédents et paraît être seule invoquée comme cause.

Une question importante est de savoir combien de temps après le début de l'infection se manifeste ordinairement l'anévrysme ? D'après Etienne, ces anévrysmes survenant chez les syphiliques sont très rares pendant le cours

Digitized by Google

des cinq premières années de l'infection, très rares également après la 25e année. Il existe deux périodes pendant lesquelles les anévrysmes apparaissent avec leur plus grande fréquence, un premier maximum de 18 ans dans la période quinquennale allant de la 5e à la 10e année de la syphilis, un autre de 15 à 25 ans. L'âge du malade a une certaine importance; en effet, c'est chez les syphilitiques qu'on trouve les jeunes malades atteints d'anévrysmes, et dans certains cas d'anévrysmes survenant de 15 à 20 ans, on est en droit de se demander si la syphilis héréditaire n'intervient pas.

Si on additionne l'âge de tous les malades atteints d'anévrysmes, on trouve l'âge moyen de 41 ans pour les syphilitiques, 47 pour ceux qui ne le sont pas. La forme des dilatations anévrysmales mérite d'être prise en considération. Jaccoud a fait observer que les anévrysmes syphiliques sont fréquemment multiples; le fait est exact d'après Etienne qui relate sur 240 malades 31 anévrysmes multiples dont 24 chez des syphilitiques. De plus, Jaccoud a indiqué, pour les anévrymes de l'aorte, la face postérieure du vaisseau comme localisation élective de l'anévrysme syphilitique, et Letulle paraît attribuer à la syphilis les anévrysmes arrivés sans rupture à de grandes dimensions.

L'examen histologique de ces anévrysmes syphilitiques ne présente pas de différence appréciable avec les autres anévrysmes; excepté dans les cas, très rares encore, où la syphilis a laissé, pour ainsi dire, sa signature dans les altérations artérielles de l'anévrysme, gommes embryonnaires (Laveran, Wilks, Spillmann et Baraban), gommes dans les parois des coronaires (Haushalter).

En somme, on peut conclure que la syphilis existe souvent dans les antécédents des malades atteints d'anévrysmes, mais on ne saurait dire si ces derniers sont de *nature* ou *d'origine* syphilitique; aussi Etienne, jusqu'à nouvel ordre, pense-t-il, qu'il faut faire rentrer bon nombre de ces lésions anévrysmales dans le cadre des affections *parasyphilitiques* de Fournier. — M. D.

---

**Les sténoses pyloriques par adhérences péritonéales.** — Les adhérences péritonéales sont, plus fréquemment qu'on ne l'a signalé, une cause de sténose du pylore; Bouveret, dans son traité des maladies de l'estomac, avait décrit sous le nom de *périgastrite plastique* une affection stomacale qui peut être rapprochée de la sténose post-péritonitique; l'an dernier dans une thèse de Lyon, Bouquet de Jolinière posait mieux la question, et démontrait que des adhérences péritonéales de l'estomac à l'intestin, à la vésicule biliaire étaient souvent la cause de phénomènes douloureux. Thomas (*Rev. méd. de la Suisse rom.*) revient sur ce sujet, et, avec un contingent de douze observations, tente d'établir la symptomatologie et le traitement de cette catégorie de sténoses pyloriques. Dans les cas rapportés, les causes productrices du rétrécissement et des brides péritonéales furent, soit l'alcoolisme avéré et prononcé, la tuberculose, des coliques hépatiques ou cystiques, soit un ancien ulcère rond, une vésiculite calculeuse. Quant au diagnostic de sténose par adhérences péritonéales, il peut se faire au moyen des symptômes suivants :

Douleur et vomissements tardifs, ces derniers copieux, de fréquence variable, contenant des débris alimentaires ingérés depuis longtemps; péristaltisme prononcé; dilatation stomacale à des degrés divers, et lors de l'insufflation, fixation et immobilité du pylore, au niveau du rebord costal droit; en outre, le malade réduit souvent de lui-même sa ration alimentaire.

La durée de la maladie est longue; elle a été souvent précédée par une affection douloureuse de l'estomac ou du foie, s'accompagne d'amaigrissement prononcé et fréquemment d'hyperchlorhydrie. Ce dernier signe aurait une valeur assez grande, puisqu'on ne le rencontre pas dans le cas de cancer du pylore non développé sur un ancien ulcère.

Quant au traitement, il est tout entier chirurgical, et l'auteur se retranche derrière l'opinion de Doyen, établissant que dans ces cas, la gastro-entérostomie est le procédé le meilleur et le moins dangereux. Il cite pourtant, en terminant, cinq cas de Billroth; dans trois d'entre eux, l'ouverture de l'estomac fut suivie de mort, dans les deux autres, où Billroth se borna à faire la séparation des adhérences, il obtint la guérison. De sorte qu'il est assez difficile d'établir, à la suite de cet article, quel est le meilleur procédé opératoire à opposer aux sténoses pyloriques d'origine péritonitique. — L. F.

---

## BACTÉRIOLOGIE

**Méningites pneumococciques.** — A côté des méningites suppurées dues au pneumocoque et qui sont un des accidents les plus fréquents (Boulay, *Th. Paris* 1894) il existe d'autres états pathologiques méningés relevant de la pneumococcie. C'est ainsi que Grasset décrit trois ordres de lésions : (*a*) des troubles circulatoires congestifs des méninges avec légère exsudation; (*b*) un exsudat séreux ou fibrino-séreux; (*c*) la méningite suppurée. L'état congestif des méninges, c'est-à-dire la méningite hypérémique, avec ou sans exsudat séreux, avait été signalée déjà par Briquet, Durand-Fardel, Surugue (*Th. Paris* 75). Ziegler, Weichselbaum, Grasset, Dominici, ont prouvé bactériologiquement l'existence du pneumocoque dans les méninges atteintes. M. Lévi, dans un intéressant article des *Archives de médecine expérimentale* (janvier 1897) rapporte deux observations personnelles de ces méningites séreuses; dans un cas, il y avait de l'œdème cérébral ou hydrocéphalie externe, et dans l'autre, il y avait une notable hydrocéphalie ventriculaire, comme on l'observe quelquefois dans la méningite tuberculeuse. M. Ch. Lévi croit que ces méningites séreuses révèlent l'atténuation

Digitized by Google

de virulence du microbe; cependant, ayant essayé de reproduire expérimentalement, chez le lapin, des lésions analogues avec un pneumocoque peu virulent, ses résultats furent négatifs.

Diverses autres hypothèses ont été soulevées pour expliquer les lésions produites, et Belfanti, Berger, Auscher, P. Claisse ont décrit des *pseudo méningites* dues aux toxines pneumoniques qui agiraient comme agent vaso-dilatateur. Le fait, pour être exact dans certains cas, ne l'est certainement pas dans tous, et Ch. Lévi, tout en admettant que les *pseudo-méningites* soient fonction de toxines, croit cependant que même quand il y a un simple exsudat séreux, il est dû à la présence des microbes eux-mêmes, mais atténués.

Cliniquement, ces méningites séreuses n'ont pas de symptomatologie spéciale, la fièvre peut être aussi élevée que dans la méningite suppurée, et d'autre part, cette dernière peut être apyrétique. Elles sont rares avant 4 mois et il n'y a que 3 cas signalés avant cet âge (Netter, Ferrand, Ch. Lévi). Mais l'intérêt pratique qui découle de la connaissance de ces méningites hypérémiques ou séreuses, c'est qu'elles sont susceptibles de regression comme les lésions toxiques, et peut-être doit-on leur attribuer certains faits d'accidents méningés curables (méningisme pneumococcique). Aussi, le pronostic, tout en étant très grave dans l'immense majorité des cas, peut quelquefois être relativement benin, et les symptômes méningés observés au décours d'une pneumonie ne sont pas fatale ment mortels.

Une dernière question, dit Ch. Lévi, se pose à propos de ces miningites séreuses, curables. Ne pourraient-elles pas, comme Quincke l'a prétendu, être la cause d'*hydrocéphalies persistantes*, ou d'autres *encéphalopathies chroniques scléreuses* (Filatow)? C'est là un fait difficile à démontrer, mais que cependant des observations ultérieures pourront probablement établir. — M. D.

---

**Associations microbiennes dans la diphtérie.** — Cornil et Babès ont démontré en 1892 l'importance des associations microbiennes, et depuis de nombreux exemples sont venus à l'appui de leur thèse. M. Kuhnau a observé en 1895 et 1896 cinq cas de diphtérie, tous terminés par la mort, et provoqués par le bacille de Lœffler associé à une variété de proteus. Ce microbe affecte la forme d'un bâtonnet de longueur très variable, et se rapprochant parfois d'un coccus. Les éléments peuvent s'associer en chaînettes, dans lesquelles quelques individus semblent gonflés et gélatiniformes. A 20° il liquéfie la gélatine, et sa culture ressemble beaucoup à celle du vibrion du choléra. Sur la pomme de terre il pousse un enduit jaune pâle. Il ne se colore pas à la méthode de Gram. Pathogène pour les souris, les cobayes, les pigeons, il l'est peu pour les lapins, presque pas pour les chiens. (*Zeitschrift f. klin. Med.*)

Cliniquement il envahit tous les organes et donne lieu à des phénomènes de septicémie : intumescence de la rate, néphrite, entérite, suffusions sanguines. L'état local de la gorge est inquiétant à première vue, et la fausse membrane présente un aspect insolite. Elle paraît gélatineuse et gonflée. A la suite elle se décompose rapidement; les amygdales sont prises de gangrène, qui s'étend rapidement le long du cou en nécrosant les tissus avoisinants. Des hémorragies viennent compliquer la situation. Les proteus sont surtout abondants dans les couches profondes de la fausse membrane, et c'est eux qui agissent en nécrotisant les tissus, après que les bacilles de Lœffler leur ont ouvert la voie. La rate et les autres organes, ainsi que le sang, contiennent également des proteus. — Bd.

---

**Contribution à l'étude bactériologique des viandes empoisonnées.** — Les travaux publiés jusqu'à ce jour sur les empoisonnements par la viande montrent que ceux-ci peuvent avoir une double origine. Tantôt l'animal qui a fourni la viande était atteint d'une maladie infectieuse; tantôt, au contraire, l'animal était parfaitement sain et les propriétés toxiques n'ont été communiquées à la viande qu'après l'abatage.

L'immense majorité des cas relatés dans la littérature médicale rentrent dans la première catégorie. L'examen bactériologique pratiqué dans ces conditions a fait découvrir des microbes variés, tels que *Bacter. enteritidis*, *B. bovis morbificans*, etc., etc.; on les trouve décrits avec détails dans les traités classiques (Ostertag, *Handbuch der Fleischbeschau*, Stuttgart 1895).

Quant à l'infection de la viande après abatage, la littérature médicale n'en mentionne jusqu'ici qu'un seul cas publié par E. Levy (*Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacol.*, Bd 34, 1894, p. 350). Un second cas vient d'être observé et étudié au point de vue bactériologique par le professeur Hamburger, d'Utrecht (*Nederlandschtydschrift v. Geneeskunde*, 1er août 1896).

Dans le cas de Levy, la viande avait été contaminée dans une armoire-glacière. On y découvrit la présence du *Bacillus proteus*, lequel fut également retrouvé dans la couche boueuse qui formait le fond de l'armoire. L'ingestion de cette viande donna lieu à des vomissements, de la diarrhée, des selles sanguinolentes, de la dépression, une fièvre modérée.

Dans le cas relaté par Hamburger et observé à l'hôpital d'Utrecht, les personnes qui avaient mangé de la viande suspecte furent toutes prises de diarrhée, sans que leur santé fût autrement troublée.

L'examen microscopique et bactériologique de la viande supposée contaminée fut pratiqué d'une manière très minutieuse par Hamburger. Il amena la découverte d'un bacille spécial, ayant des caractères morphologiques propres, se montrant surtout toxique pour les souris blanches, et ne donnant lieu à aucun symptôme morbide chez le cobaye et chez le veau. Cultivé sur bouillon, il forme à la surface de celui-ci une pellicule blanche assez résistante, divisée en divers compartiments par de petites cloisons verticales. Cette propriété caractéristique lui a fait donner le nom de *Bacillus cellula formans*.

Digitized by Google

Les caractères du cellula formans, sur lesquels Hamburger insiste avec détails, permettent de le différencier nettement du *Bacillus proteus* trouvé par Levy dans le cas qu'il a publié. Il s'agit donc d'un bacille non encore décrit pouvant communiquer des propriétés toxiques à la viande — D. M.

## UROLOGIE

**De l'acétonurie.** — L'acétone existe dans les urines de l'homme sain qui en élimine de 1 à 4 centigrammes par jour. Un diabétique qui supporte de 60 à 100 grammes d'hydrates de carbone par jour et les oxyde complètement, en rend la même quantité. Chez l'un et chez l'autre, la suppression des hydrocarbures fait immédiatement monter la quantité d'acétone jusqu'à 10 et 40 centigrammes. Sitôt qu'on ajoute à nouveau des substances binaires à l'alimentation, cette quantité retombe au taux normal.

D'après Hirschfeld il en est tout autrement dans le diabète grave, c'est-à-dire dans les cas où tous les hydrocarbures consommés sont éliminés sous forme de glycose, ou quand la quantité de sucre excrété dépasse la quantité de substances hydrocarbonées ingérées. Là, l'organisme rejette de 0 gr. 30 à 0 gr. 70 d'acétone, malgré l'addition d'hydrocarbures au régime. Sa quantité ne diminue que parallèlement avec le sucre, soit avec l'amélioration générale de la malade.

Cette acétonurie réellement pathologique est absolument indépendante des maladies intercurrentes qu'on peut observer chez le diabétique, telles que l'albuminurie, les cardiopathies, la phtisie, les pyrexies, les gastropathies, le cancer *(Zeitschrift f. Klin. Med.)*.

L'acétonurie réelle n'existe donc que dans le diabète grave, et elle doit être considérée comme un trouble de nutrition caractéristique de cette maladie, de valeur égale au symptôme glycosurie, et non pas comme une complication de cette dernière. — B. D.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 23 février 1897*

**Tarsoptose et tarsalgie.** — M. Bloch s'appuyant sur 40 nouvelles observations, revient sur la nécessité de dédoubler la tarsalgie de Gosselin en deux entités morbides différentes : une première, le véritable pied plat douloureux qu'il propose de désigner sous le nom de tarsoptose. Une seconde, comprenant les autres affections douloureuses du pied et qui porterait le nom de tarsalgie. Il reconnaît que, néanmoins, ces deux affections peuvent s'associer chez un même individu.

**A propos de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.** — M. Magitot propose que l'Académie de médecine formule son opinion de la manière suivante :

1° Les connaissances actuelles en matière d'hygiène permettent de réaliser l'assainissement complet des usines d'allumettes sans apporter aucune modification dans la technique industrielle.

2° Ces assainissements reposent, d'une part, sur la ventilation forcée des ateliers, d'autre part sur la sélection ouvrière ne permettant ni l'entrée ni le maintien dans l'usine d'ouvriers atteints de lésions de la bouche.

Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles des allumettes permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité des mesures proposées.

MM. Vallin et Roussel combattent cette opinion et considèrent qu'il est de toute nécessité de supprimer l'emploi du phosphore blanc.

**Election d'un membre titulaire à la section d'hygiène publique.** — En 1re ligne : M. Napias ; en 2e ligne, *ex-æquo* : MM. Du Cazal, Josias, Laugier, Le Roy des Barres, Martin ; adjoints à la présentation : MM. Netter, Richard.

Elu par 42 voix : M. Napias ; M. Le Roy des Barres : 18 voix ; M. Laugier : 5 voix ; M. Du Cazal : 3 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 19 février 1897*

**Pleurésie purulente due au bacille encapsulé de Friedlænder.** — M. Siredey. Les observations de pleurésie purulente, due au bacille encapsulé de Friedlænder, sont rares dans la science ; il n'en existe que sept cas, rapportés par M. Netter, M. Letulle, M. Georges Etienne, M. Rispal, de Toulouse, et par S. Wolff. Dans quelques-uns de ces faits, on nota de la gangrène pulmonaire. Le malade de M. Siredey est un homme de 60 ans, non alcoolique, entré le 12 janvier à l'hôpital Saint Antoine, avec les signes d'une pleurésie enkystée : point de côté, oppression, matité dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine en avant et en arrière, conservation des vibrations thoraciques à la base. En effet, une première ponction donna issue à 600 grammes de liquide, qui ne tarda pas à se reproduire. Trois jours après une nouvelle ponction fournit 300 grammes d'un liquide séreux, un peu louche. L'état du malade s'aggrava progressivement ; du souffle amphorique s'entendit dans toute la poitrine, puis apparurent des crachats purulents ne contenant pas le bacille de Koch ; on pensa à une pneumonie caséeuse.

Le 10 février, le liquide s'étant reproduit, on fit une troisième ponction qui donna 600 grammes d'un pus épais, fétide, contenant à l'état de pureté le pneumobacille de Friedlænder, à l'exclusion de tout autre microbe. On le rechercha alors dans les crachats, où on le découvrit sans association microbienne. Le malade succomba trois jours après. A l'autopsie, on constate une hépatisation du lobe inférieur du poumon droit, avec foyers de gangrène disséminés dans le poumon. Le pus de la plèvre et poumon renfermaient le microbe encapsulé de Friedlænder ; les autres viscères étaient sains.

Digitized by Google

M. Rendu a observé deux cas de pneumonies particulièrement graves, dues au pneumo-bacille de Friedlænder, ce qui montre la virulence de ce microbe.

M. Sevestre a observé plusieurs angines avec bacilles de Friedlænder, d'une bénignité rélative, mais remarquables par leur ténacité et leur longue persistance.

**La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896.** — M. Comby. Du 1er janvier au 26 décembre 1896, j'ai soigné, au pavillon de la scarlatine, 500 enfants. Les âges extrêmes ont été 10 mois et 14 ans 1/2. J'ai compté :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 90 | enfants de | 10 mois à | 3 ans | |
| 138 | — | 3 | — | 6 — |
| 147 | — | 6 | — | 9 — |
| 91 | — | 9 | — | 12 — |
| 34 | — | 12 | — | 15 — |

D'après ces chiffres, la scarlatine serait exceptionnelle dans la première année de la vie, rare avant 3 ans, très commune entre 3 et 9 ans, rare de 9 à 12 ans, très rare au-dessus de 12 ans.

*Saisons.* — Les mois de printemps et d'été sont très chargés (358 cas) et les mois d'automne et d'hiver très peu (142 cas); le maximum des cas coïncide avec juin (78 entrées) et le minimum avec octobre (13 entrées seulement.

*Mortalité.* — Mortalité globale, 58 sur 500 (11,6 pour 100), dont il faut déduire 15 diphtéries préalables (reste une mortalité de 8,8 pour 100). L'âge a une influence considérable sur la mortalité; plus l'enfant est jeune, plus il est exposé. De 10 mois à 3 ans, la mortalité a dépassé 33 pour 100; de 3 à 6 ans, elle s'abaisse à 13 pour 100; de 6 à 9 ans, à 4 pour 100; de 9 à 12 ans, à 2 pour 100.

Les principales causes de la mort ont été : la diphtérie, 15 fois; la rougeole, 5 fois; les complications respiratoires, 12 fois; les angines ulcéreuses et gangréneuses, 5 fois; la scarlatine maligne et hyperthermique, 15 fois.

*Symptômes.* — Pour distinguer la scarlatine véritable des érythèmes scarlatiniformes, j'ai tenu un grand compte de l'exanthème bucco-pharyngé, presque constant.

Je signale 14 fois des poussées fébriles tardives et éphémères (39°, 40°), qui pouvaient faire craindre une rechute. Les rechutes vraies ont été observées 6 fois et se sont déclarées du 8e au 28e jours à partir de la première éruption.

*Complications.* — L'angine avec exsudat blanchâtre s'est montrée 142 fois sur 500 cas (plus de 28 pour 100). Les bubons, dont 5 suppurés, sont relevés 12 fois). J'ai compté 41 otites suppurées, simples ou doubles (plus de 8 pour 100), dont 3 avec mastoïdite. L'albuminurie notable figure dans la même proportion, 42 fois, dont 6 avec œdème, oligurie, hématurie, etc. A ces manifestations, il faut ajouter 7 cas de rhumatisme scarlatin, 5 cas de pneumonie franche, 4 de pleurésie, 13 de broncho-pneumonie, 5 de tuberculose pulmonaire ou médiastine, 6 de stomatites diverses, 6 d'angines ulcéreuses, 2 de mélœna, 5 d'abcès à l'anus, 3 de péritonite, 12 de vulvite, 10 de convulsions, 2 de thrombose des sinus ou de phlébite de la jugulaire, 2 d'épistaxis, 2 de purpura, etc.

Comme maladies générales infectieuses associées à la scarlatine, nous comptons 18 diphtéries, 12 rougeoles, 22 varicelles, 5 coqueluches, 1 fièvre typhoïde, 1 oreillon.

*Traitement.* — J'ai prescrit dans tous les cas : repos au lit pendant 3 semaines, à la chambre pendant 6 semaines, régime lacté, bains tièdes, irrigations et lavages des cavités accessibles. En cas d'hyperthermie, bains froids à 20°. En cas d'angines blanches, badigeonnages répétés 2 ou 3 fois par jour avec des collutoires antiseptiques : naphtol camphré (67 cas), glycérine mentholée (10 cas), solution résorcinée à 1/10 (46 cas), solution résorcinée à 1/5 (19 cas). Tous ces collutoires nettoient bien la gorge et diminuent la proportion des infections secondaires, des otides, bubons, etc. Mais, avec la résorcine à 1/5, on a très facilement des *urines noires* (7 fois sur 19), comparables aux urines de l'acide phénique.

**Du thorax en bateau dans la syringomyélie.** — MM. Pierre Marie et Astié. Parmi les troubles osseux de la syringomyélie, on n'a pas encore signalé une déformation thoracique très particulière que nous avons observée à plusieurs reprises et qui paraît propre à cette affection, car nous n'avons jamais vu, en dehors de la syringomyélie, le *thorax en bateau.*

Celui-ci est caractérisé par une dépression en quelque sorte creusée dans la partie supérieure et médiane du plan antérieur de la paroi thoracique; il est complété par la projection des épaules en avant et par l'obliquité de la paroi thoracique antérieure, qui semble se rapprocher de plus en plus du rachis, à mesure qu'on remonte vers la région cervicale.

Cette dépression s'étend depuis la fourchette sternale jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par le bord inférieur des muscles pectoraux; jamais elle ne dépasse cette ligne en bas. Transversalement, elle est limitée par la saillie des épaules. Le grand axe est dirigé de haut en bas, si bien qu'on peut lui considérer deux bords latéraux escarpés, ce sont les flancs du bateau, une extrémité supérieure cervicale ou proue, une extrémité inférieure abdominale ou poupe, se relevant en pente douce. Le fond de la partie déprimée est plat, légèrement irrégulier, si bien que le maximum de profondeur est tantôt à gauche, tantôt à droite de la ligne médiane, le plus souvent à quelques centimètres au-dessous de la fourchette sternale. La flèche la plus profonde que nous ayons constatée et de 5 cent. 1/2 dans une de nos observations.

Les photographies que nous présentons montrent bien cette disposition.

L'aspect suffit donc amplement à les distinguer des autres thorax déformés, thorax en entonnoir, en gouttière, thorax plat des myopathiques et, à plus forte raison, des thorax bombés en carène, etc.

Digitized by Google

Dû à une déformation osseuse, ce thorax ne saurait être rapporté à la disposition des pectoraux; il n'est pas non plus une simple apparence consécutive à la saillie des épaules. En effet, il y a très peu d'atrophie des muscles pectoraux chez nos malades, et chez les myopathiques, dont les pectoraux ont complètement disparu, l'aspect du thorax ne rappelle en rien celui du thorax en bateau. Il est inutile d'ajouter que la scoliose, qui existe chez nos malades, n'en est pas davantage la cause; les déformations thoraciques costales consécutives à la scoliose sont tout autres que celle-ci, que nous n'avons retrouvée chez aucun des scolioses de toute espèce, que nous avons passés en revue à ce propos.

Il s'agit ici, évidemment, d'une lésion trophique au même titre que les autres lésions osseuses de la syringomyélie, lésion fréquente, puisque nous l'avons observé quatre fois sur dix cas de syringomyélie.

Le thorax en bateau peut donc, dans les cas où il existe, contribuer d'une manière efficace au diagnostic de la syringomyélie. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 24 février 1897*

**Technique opératoire pour la résection du cancer du rectum.** — M. Quenu. Ce procédé consiste : 1° à fermer le rectum par une ligature élastique placée sur l'orifice anal, quelle que soit la hauteur du néoplasme; 2° à disséquer le rectum et à l'enlever comme un kyste à contenu septique. Cette dissection se poursuit assez facilement jusqu'au releveur de l'anus et à la prostate. C'est dans cette région que la paroi antérieure du rectum est le plus souvent perforée. Pour éviter cet accident, qui souille le champ opératoire, M. Quenu accroche le bord antérieur du releveur de l'anus, le sectionne et libère le rectum de la prostate. Un segment d'intestin de 8 à 12 centimètres est alors facilement attiré au dehors avec le néoplasme. Le rectum est sectionné à la hauteur voulue, et le segment supérieur est fixé soit à la région anale, soit à la région coccygienne ou sacrée, si, pour enlever le néoplasme, la résection du coccyx ou d'une partie du sacrum a été nécessaire.

Si le cancer est très haut situé, M. Quenu établit d'abord un anus iliaque, et enlève ensuite par la fosse ischio-rectale toute la portion malade de l'intestin. Pour éviter la gangrène du bout compris entre l'anus artificiel et la partie resèque, il l'envagine à la manière d'un doigt de gant et l'attire au dehors par l'orifice iliaque où il la fixe.

**Urètre supplémentaire périnéal.** — M. Moty communique l'observation d'un malade auquel il a enlevé un urètre périnéal supplémentaire purement membraneux. Cette lésion congénitale était à peine visible, mais donnait lieu à un suintement d'urine par le périnée à chaque miction. Les suites de l'opération furent très simples, à part une cystalgie hystéro-traumatique passagère.

Il est à noter que le champ visuel de l'opéré était rétréci de moitié. M. Moty exprime l'opinion que la pathogénie des anomalies du même genre semble résider dans une manifestation évolutive de l'hystérie. Quand on opère ceux qui en sont atteints il faut compter avec les accidents chloroformiques signalés par M. Reynier et avec les complications hystéro-traumatiques consécutifs.

M. Schwartz présente une femme de 46 ans à laquelle il a fait avec un succès complet la gastro-entérostomie, suivant le procédé de M. Souligoux pour une sténose du pylore avec cancer de la paroi antérieure de l'estomac. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Ulcères phlébitiques non variqueux.** — D'après M. Gastou (Soc. dermatologie) il y aurait des ulcères débutant dans le cours ou la convalescence de maladies infectieuses qui ont été suivies de phlébites. Ces ulcères, généralement multiples, n'ont pas de localisation spéciale. De dimensions variables, ils sont cupuliformes, à bords saillants, non décollés, formant un bourrelet blanchâtre surplombant le fond de la lésion qui est suppurative, bourgeonnante. L'ulcération est entourée d'une zone pigmentée, irrégulière. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, ni de douleurs spontanées. L'évolution chronique en est très longue.

**Tremblements consécutifs à l'influenza.** — MM. De Bück et de Moor rapportent dans le *Journal de Neurologie* (octobre 1896) l'observation d'un malade qui, à la suite de l'influenza, fut atteint à deux reprises différentes d'un tremblement de rythme moyen occupant tout le côté droit du corps, cessant pendant le sommeil et s'exagérant sous l'influence d'une émotion ou de la fatigue. La guérison est survenue à la suite d'injections de chlorhydrate de spermine à la dose de 0,25 centigrammes par jour.

**Le spasme idiopathique de la langue.** — Cette affection signalée par Erb en 1876 a été étudiée en France par M. Féré. Vu la rareté des observations, celle de M. Personali (de Gênes) mérite d'être signalée. *(Wiener Klin. Rundschau).*

Une dame de 45 ans avec tare névropathique héréditaire, de tempérament nerveux et affaiblie par une tuberculose des deux sommets, fut prise du syndrome suivant après une légère contrariété : sa langue s'agita, puis fut tirée au maximum hors de la bouche : tous les muscles du plancher buccal étaient contractés, principalement le mylo-hyoïdien; l'os hyoïde et le larynx étaient fortement tirés vers en haut. Cet état dura de deux à trois minutes, pour finir par une salivation abondante et quelques contractions des muscles de la face. Par la suite, cet accès se reproduisit jusqu'à sept et huit fois par jour. Sous l'influence de six grammes de bromure de potassium par jour, l'intensité des accès diminua; mais le procédé qui les empêcha d'éclater, fut découvert par la malade elle-même : et n'avait qu'à serrer un bouchon entre ses dents. Par ce double traitement, les accès s'espacèrent d'abord, et finirent par disparaître complètement. — Bd.

**La rougeole chez les animaux.** — Les vieux traités de médecine vétérinaire font mention de la rougeole chez les animaux, tandis que les récents sont muets à ce sujet. Il semble acquis que le chat et le chien qui sont si souvent en contact avec des enfants rubéoleux, sont réfractaires à cette maladie. M. Behla a réussi à l'inoculer à un jeune cochon, en transportant des mucosités nasales fraîches d'un enfant malade sur les muqueuses de l'animal.

Digitized by Google

Après quatre jours le pourceau fut pris de fièvre, de conjonctivite, de coryza, et le lendemain son groin et ses oreilles portaient des taches rouges qui gagnèrent tout le corps. L'animal isolé réussit à s'échapper et s'en fut rejoindre ses compagnons. Huit jours plus tard, un de ceux ci fut pris des mêmes symptômes, et 4 jours après un autre encore. (*Centralblatt f. Bakteriol.*). Chez tous les trois la guérison survint après une desquammation furfuracée. Leur sang contenait de nombreux sporozoaires très réfringents, homogènes, de 1/2 à 3 $\mu$ de long. — Bd.

## BIBLIOGRAPHIE

**Anatomie pathologique** *(cœur, vaisseaux, poumons)*, par M. Letulle (1). — Comme l'auteur le dit lui-même, ces pages ne constituent qu'une suite d'études anatomo-pathologiques; et sans avoir eu la prétention de résoudre tous les problèmes soulevés, il a cependant exposé les données indiscutablement acquises et signalé les *desiderata*. Aussi, certains chapitres paraîtront-ils plus étendus, certains autres plus écourtés, sacrifiés peut-être. Les indications bibliographiques ont été radicalement supprimées. Voilà ce qui tend à prouver qu'il s'agit d'une œuvre tout à fait personnelle dans laquelle l'auteur étudie l'anatomie pathologique des maladies suivantes : *dilatation, hypertrophie; lésions organiques, interstitielles et valvulaires du cœur; endocardites et péricardites, artérites, phlébites, etc.; bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies aiguë et chronique, dilatation des bronches; emphysème, apoplexie et tuberculose pulmonaires.* Ajoutons que ce livre édité avec un grand luxe, renferme 31 figures en couleurs. Nous en félicitons à la fois l'éditeur et l'auteur.

**Traité pratique des maladies vénériennes.** Affections blennorrhagiques. Ulcérations vénériennes non syphilitiques. Affections paravénériennes, par le Dr Berdal, médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. Préface du Dr Tenneson, médecin à l'hôpital Saint-Louis. A la librairie Maloine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Nous ne pouvons mieux faire pour présenter ce livre que de donner ici un extrait de la préface du Dr Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

« A tort ou à raison, les maladies vénériennes ont des hôpitaux spéciaux, un enseignement spécial, et tant qu'elles seront une spécialité, les médecins auront besoin de livres spéciaux pour les apprendre. De tels livres abondent; plusieurs sont excellents; M. Berdal les fait connaître; et il les complète, car la science marche si vite que les plus récents ne sont déjà plus au point.

« Malgré sa compétence en histologie, l'auteur a écarté de son plan l'anatomie pathologique. En revanche, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont exposés avec tous les développements qu'ils réclament.

« L'auteur écrit exclusivement pour les médecins.

« Les livres antérieurs de M. Berdal sont classiques. Il a désiré néanmoins que ce nouveau livre soit présenté à ses confrères par un de ses maîtres. Tous eussent accepté volontiers la mission.

« Elle m'est particulièrement facile, car mieux que tous peut-être j'ai pu apprécier l'homme, le praticien et le savant. »

(1) Un vol. in-4° de 434 pages avec 102 figures. Paris, 1897. G. Carré et C. Naud, éditeurs.

**Précis d'électrothérapie**, par le Dr L. Bordier. Préface de M. le professeur d'Arsonval. 1 vol. in-18 de 600 pages avec 146 figures, publié chez J.-B. Baillière.

Les récents progrès faits dans la pratique de l'électrothérapie demandaient à être présentés au public médical dans un style pas trop aride et avec un esprit pratique : c'est le but que s'est proposé M. le Dr Bordier et ce but a été, je crois, parfaitement atteint. Sans se livrer à une débauche de formules que tout praticien n'est pas à même de comprendre, M. Bordier commence par donner les notions fondamentales de physique électrique : un grand nombre de figures facilitent l'intelligence du texte. Après deux chapitres très suffisants d'électro-physiologie et d'électro-diagnostic, M. Bordier aborde l'électrothérapie proprement dite, et ici on doit beaucoup le louer d'avoir, non cherché un traitement électrique pour chaque maladie, mais indiqué seulement quelles sont « les maladies dans lesquelles le traitement électrique convenablement appliqué doit fatalement avoir des conséquences heureuses pour la guérison ou l'amélioration des malades ».

L'électricité n'est pas, du moins jusqu'ici, une panacée universelle, et l'incrédulité de la plupart des médecins à son égard tomberait rapidement si on livrait seulement à la publicité les résultats qu'une longue pratique a démontré être certains. — Dr Denis Courtade.

**Aide-mémoire de médecine militaire**, *Maladies et épidémies des armées*, par le Dr A. Coustan, médecin-major de 1re classe dee hôpitaux militaires, lauréat de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et du ministère de la guerre, chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

S'il est vrai que le groupe militaire tout entier soit enclin aux mêmes maladies que la collectivité civile, les nécessités du service renforcent dans des proportions souvent considérables son aptitude à les contracter. De ce fait, certaines maladies sont beaucoup plus fréquentes dans l'armée que dans la population, si l'on considère les groupes de même âge; et c'est pourtant en faveur de l'armée qu'on a pris, au recrutement comme au conseil de revision, les meilleurs sujets.

D'autre part, le soldat est exposé, par les nécessités de la vie militaire, à contracter d'autres affections que ne connaîtront pas ceux qui n'ont jamais servi.

Il y a donc des maladies que la profession militaire crée ou aggrave, d'autres dont elle multiplie simplement les sévices banals. Et c'est pourquoi il y a une Médecine d'armée, ayant pour objet l'étude des maladies internes ou externes, observées sous les drapeaux.

L'*Aide-mémoire de médecine militaire* passe en revue tout ce qui se rattache aux maladies internes et épidémies des armées (maladies générales, maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, du système nerveux, de la peau, maladies vénériennes.

M. Coustan a passé de longues années dans l'armée, en France, en Algérie et aux colonies. Il a publié de nombreux mémoires cur la médecine d'armée, couronnés par l'Académie des sciences, l'Académie de médecine et le ministère de la guerre. Il était donc, mieux que tout autre, préparé à écrire ce *Manuel du médecin militaire*.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

# Causerie clinique & thérapeutique (1)

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

**I. La tachycardie de la néphro-sclérose; son traitement.** — Je vous présente une femme dont l'histoire clinique est des plus intéressantes. Agée de 52 ans, elle vint nous trouver dans notre service en mai 1896. L'examen de la malade à ce moment nous révéla une arthritique avérée qui avait souffert de vagues douleurs rhumatismales à plusieurs reprises; elle nous apprend en outre qu'il y a une dizaine d'années, elle a eu quelques crises de coliques néphrétiques. Elle se plaint de dyspnée et de palpitations, et c'est pour cela qu'elle vient aujourd'hui nous consulter.

Les urines ne sont pas albumineuses, le pouls marque 136 pulsations; il est serré, concentré. A l'auscultation du cœur, on ne trouve pas de bruit de galop, mais par contre, on note une tachycardie très marquée et celle-ci n'est-elle pas le phénomène précurseur du bruit de galop? En effet, quelques mois après, la malade revenait dans notre service; on constatait à ce moment un bruit de galop très manifeste. On la soumit au régime lacté et chaque jour, matin et soir, elle prit un cachet de théobromine de cinquante centigrammes.

Examinons-la et voyons quel est son état actuel.

Elle présente de l'élévation des sous-clavières, de l'hypertension artérielle, et elle se plaint de douleurs angineuses. A l'auscultation, on perçoit un retentissement diastolique clangoreux à droite du sternum, ce qui est un signe indéniable de dilatation cylindroïde de l'aorte avec hypertension.

L'oppression, quoique moins forte, persiste encore. N'est-ce pas là ce que l'on a appelé « asthme cardiaque » ou « asthme aortique »? Mais, je vous demande ce que veulent dire ces mots, ce qu'ils indiquent au point de vue de la pathogénie et des indications thérapeutiques : rien, absolument rien. Il y a *des* dyspnées *chez* les cardiaques, *chez* les aortiques, et pour les traiter sûrement, il faut en connaître la cause, le mode de production. Or, celle-ci évoluant chez une aortique est d'origine rénale; elle est due à un commencement d'insuffisance du rein, quoique cet organe paraisse fonctionner régulièrement, quoique les urines assez abondantes ne renferment encore aucune trace d'albumine. Cela est tellement vrai, que l'on peut faire disparaître complètement la dyspnée en soumettant la malade au régime lacté absolu; si, au contraire, elle se nourrit de viande, d'aliments azotés, d'ici peu de jours, la la dyspnée réapparaîtra forte, intense; la malade se plaindra de ne pouvoir dormir parce qu'elle ne pourra pas librement respirer, et nous aurons ainsi engendré une véritable *dyspnée expérimentale alimentaire* par alimentation carnée.

Je vous ai dit également que la malade avait présenté de la tachycardie. L'administration de la digitale semblait donc s'imposer pour ralentir le cœur. Mais toutes les tachycardies ne sont pas justiciables de la digitale, car toutes n'ont pas une origine cardiaque. Dans le cas présent, nous avons affaire à une tachycardie *d'origine toxique*; la digitale ne ferait donc qu'ajouter une intoxication à une autre et augmenterait la tachycardie au lieu de la diminuer. Ici encore, le régime lacté fera disparaître la dyspnée et la tachycardie qui ont une commune origine.

Le pouls présente des caractères particuliers; véritable pouls de la néphro-sclérose, il est concentré, serré, *cordé*, et petit, seulement en apparence. C'est la néphrite interstitielle, qui, de toutes les affections, élève le plus la tension artérielle et quoique le pouls dans cette maladie paraisse faible, la tension artérielle doit être forte, comme nous l'apprend le sphygmomanomètre qui marque le chiffre de 24 au lieu de 16 ou 17. Ce pouls diffère nettement du pouls vibrant et à hautes oscillations de l'insuffisance aortique; il nous montre aussi que si la lésion est à l'aorte, la maladie est dans tout l'arbre artériel. L'aortite palustre est plus limitée; la lésion se cantonne sur l'aorte où elle est disséminée sous forme de plaques laissant entre elles des intervalles où l'endartère est presque normal, comme Lancereaux l'a remarqué. Vous en avez un exemple salle Chauffard (n° 29); ce malade atteint d'aortite palustre n'a jamais présenté de phénomènes dyspnéiques, puisque la lésion aortique constitue ici toute la maladie. Au double point de vue clinique et thérapeutique, il y a donc lieu de faire une distinction entre l'aortite *avec* ou *sans* artérite généralisée.

**II. Hypertension artérielle et hypertension pulmonaire combinées; conséquences et traitement.** — Si nous continuons à interroger notre malade, elle nous dit qu'elle digère mal son lait, qu'elle a été obligée de le cesser momentanément; elle se plaint en outre de violentes palpitations nocturnes. Cette révélation a son importance au point de vue du traitement, et je voudrais à ce sujet vous rapporter brièvement l'observation d'un malade intéressant de 57 ans que j'ai été appelé à soigner en ville.

Je le vis pour la première fois il y a trois ans. Il présentait à ce moment des symptômes cardiaques très nets palpitations, oppressions et surtout retentissement diastolique, *à droite* du sternum, ce qui est l'indice, comme vous le savez, d'une augmentation de la tension sanguine dans le système aortique. Une année plus tard, on percevait un double retentissement, à droite et à gauche du sternum, avec exagération de tonalité des bruits du cœur; le deuxième bruit surtout frappait l'oreille fortement. Cet

(1) Rédigée par M. Bourgain, externe du service. — Ces « causeries cliniques et thérapeutiques » ont lieu tous les mardis à l'hôpital Necker, aux pavillons Delpech et Chauffard à 9 heures, au sujet des malades qui se présentent à la consultation spécialement affectée aux affections de l'appareil cardio-vasculaire.

Digitized by Google

état cardio-aortique s'accompagnait d'une dyspepsie très prononcée.

Je le revis, il y a quinze jours, et à l'auscultation je trouvai cette fois que le retentissement diastolique était plus fort *à gauche* du sternum, ce qui est un indice d'une augmentation de la tension sanguine dans le système de la petite circulation. Mais, mon ancien interne, M. Weber, qui l'avait examiné un matin, avait trouvé ce retentissement diastolique plus marqué *à droite*.

Qu'est-ce à dire ?

J'avais examiné le malade après son repas ; mon interne l'avait vu à jeun, alors que l'hypertension aortique, due à la sclérose artérielle, était prédominante. Après le repas, chez ce dyspeptique, survenaient des troubles digestifs, surtout le soir, caractérisés du côté de l'appareil cardio-pulmonaire par de violentes palpitations, un véritable affolement du cœur avec intermittences et faux pas, par une sensation d'oppression très intense, par des menaces de syncope, tous accidents créés en grande partie par l'hypertension pulmonaire. On pouvait croire à l'existence d'une cardiopathie grave, et cependant il n'y avait aucune trace d'affection valvulaire ; pas de souffle orificiel, rien à l'aorte ni à la mitrale, pas de bruit de galop, mais seulement quelques signes d'une artério-sclérose généralisée et commençante chez un malade manifestement dyspeptique. Nous avons voulu nous assurer de l'état de son chimisme stomacal, et notre interne en pharmacie M. Bricemoret, a constaté une hyperchlorhydrie quantitative des plus manifestes avec une chlorhydrie $(H + C) = 241$ au lieu de 214, et le coefficient $\frac{T}{F} = 4{,}49$ au lieu de 3.

Alors, que survenait-il chez ce malade artério-scléreux, en même temps atteint de dyspepsie hyperpeptique ?

Sous l'influence du travail digestif, le cœur avait à lutter doublement contre deux obstacles : le cœur gauche contre l'*hypertension et la vaso-constriction artérielle* due à l'artério-sclérose, le cœur droit contre l'*hypertension et la vaso-constriction pulmonaire* produite incidemment par les troubles profonds de la digestion stomacale.

Les résultats de cette lutte, vous les voyez dans les palpitations souvent très violentes survenant une heure ou deux après les repas et pendant la nuit, dans cet affolement du cœur, dans cet état de dyspnée si intense. Et si vous faites simplement la thérapeutique des symptômes, vous en arriverez fatalement à prescrire la digitale pour calmer le cœur, peut-être la morphine en injections hypodermiques pour diminuer l'angoisse respiratoire. Alors, vous ne calmerez rien du tout, et votre médication n'aura qu'un résultat, celui d'exaspérer les accidents. Mais, remontez à leur cause, élevez-vous jusqu'à leur pathogénie ; *soignez l'estomac*, et dans ce but prescrivez le laitage et des alcalins à haute dose avec l'alimentation spéciale aux hyperchlorhydriques ; *soignez le système artériel*, et dans ce but ne prescrivez pas d'une façon banale la médication iodurée plus ou moins offensive pour les fonctions gastriques, contentez-vous de prescrire la trinitrine à la dose de six à douze gouttes par jour en trois ou quatre fois, pour abaisser la tension artérielle. Mais surtout, *pas de digitale*.

Ainsi, par une médication vraiment pathogénique, vous arriverez à vaincre, d'une part l'hypertension pulmonaire, d'une autre part l'hypertension aortique, et tous ces symptômes, en apparence si graves, finiront par disparaître. Mais n'oubliez pas que, chez les hyperchlorhydriques, le lait qui agit déjà comme alcalin, *ne doit pas être prescrit à doses massives, mais à doses fractionnées*. Les hyperchlorhydriques, et le nôtre en particulier, digèrent trop rapidement ; il en résulte, pour le lait pris en grande quantité à la fois, la formation d'un gros coagulum qui, incomplètement digéré dans ses parties centrales, agira presque à l'instar d'un corps étranger, et augmentera encore les accidents dyspeptiques. C'est pour cela qu'il faut recommander aux malades de prendre le lait par gorgées en mangeant, par quantités petites et répétées dans l'intervalle des repas. C'est ce que nous ferons à la malade que vous venez de voir, et qui est atteinte à la fois d'aortite et de dyspepsie.

En un mot, de ce qu'un malade se plaint de son cœur, il ne faut pas en conclure que le cœur seul est à traiter. Celui ci pousse souvent, par les palpitations, par l'arythmie et les syncopes, le cri de la souffrance ; mais la souffrance a parfois son siège dans un organe voisin ou éloigné, souvent dans l'estomac, l'organe réflexogène par excellence.

Quand les malades supportent mal le lait, je leur prescris après chaque tasse, un de ces cachets :

| | | |
|---|---|---|
| Benzonaphtol | 15 | grammes |
| Charbon | 10 | — |
| Pancréatine | 5 | — |

Pour 40 ou 50 cachets.

Ainsi, lorsque vous verrez survenir des troubles cardio-pulmonaires chez les artério-scléreux, ne les mettez pas toujours entièrement sur le compte de la maladie artérielle ou aortique, mais cherchez du côté de l'estomac, et si vous constatez *à la fois* de l'hypertension aortique et de l'hypertension pulmonaire, dites-vous bien que là est le nœud du problème thérapeutique à résoudre, et agissez en conséquence.

Il est une maladie qui aboutit encore à ce résultat, je veux dire aux deux hypertensions ; cette maladie est le *rétrécissement mitral des artério-scléreux* que j'ai décrit pour la première fois au Congrès de médecine interne de Lyon en 1894 (1), et dont je veux vous rappeler encore aujourd'hui les caractères cliniques avec ses conséquences thérapeutiques.

Cette maladie hybride est faite de contrastes : Hyper-

(1) Voir le *Journal des Praticiens*, 1894-95.

Digitized by Google

tension pulmonaire due au rétrécissement mitral lui-même, et davantage encore lorsque cette maladie est compliquée d'un état dyspeptique, ce qui est assez fréquent ; hypertension aortique par artério-sclérose généralisée. Dilatation et hypertrophie du cœur droit due à la première hypertension ; dilatation et hypertrophie du cœur gauche due à la seconde. Ces deux affections combinées — la sténose auriculo-ventriculaire et la sténose artérielle — paraissent s'exclure et jouer le rôle d'antagonistes ; mais il ne faut pas croire que des effets contraires puissent toujours aboutir en clinique à des effets compensateurs. Loin de là, ces deux maladies s'associent pour s'aggraver, non pour s'atténuer ; et dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux, l'atténuation des signes physiques s'accompagne de l'aggravation des signes fonctionnels. Ainsi, le rétrécissement mitral *pur* est une maladie *dyspnéisante*, et la dyspnée alors est d'origine *mécanique* puisqu'elle résulte en grande partie de la stase sanguine dans le poumon. Par elle-même, la sclérose cardio-rénale est également une maladie dyspnéisante, et la dyspnée est d'essence *toxique* ou ptomaïnique, c'est-à-dire d'origine rénale. Dans le rétrécissement mitral artério-scléreux, ces deux dyspnées s'ajoutent, s'aggravent, et jettent le malade dans une anxiété respiratoire profonde. Elles sont la source d'indications thérapeutiques sur lesquelles je n'ai plus à revenir.

En tous cas, ces faits vous démontrent une fois de plus que la médication symptomatique visant toujours l'organe où se produisent les accidents, doit être souvent abandonnée ; et quand vous constatez des palpitations, de la tachycardie ou de l'arythmie, il ne faut pas toujours s'adresser au cœur et aux médicaments cardiaques pour les combattre, mais souvent à l'estomac. Quand un malade est atteint de dyspnée, il ne faut pas toujours viser les organes respiratoires, mais le rein. Enfin, la *notion des deux hypertensions, pulmonaire et aortique*, devient très importante au point de vue thérapeutique, comme vous l'avez vu ; elle permet de comprendre la violence de certains accidents cardio-pulmonaires avec les indications thérapeutiques qu'ils comportent.

**III. Régime lacté exclusif et dilatation de l'estomac.** — Puisque je vous parle souvent du régime lacté exclusif, à la dose de trois litres à trois litres et demi par jour, il faut bien que je détruise enfin la légende suivante : le régime lacté exclusif détermine par la grande quantité de liquide qu'il introduit tous les jours dans l'estomac la dilatation de cet organe ; alors — ajoute un de nos confrères — c'est le régime lacté qui cause mécaniquement la dyspnée en produisant de l'ectasie gastrique, puis le refoulement du diaphragme et des poumons (*sic*).

Quelle erreur !

D'abord, la dyspnée est antérieure à l'administration du lait ; ensuite, la dilatation de l'estomac ne se produit *jamais* (JAMAIS, je le répète) sans altération préalable de la muqueuse ou de la musculeuse stomacale. Voyez les diabétiques et les polydipsiques : ils ingèrent de grandes quantités de liquide, ont-ils de la dilatation d'estomac ? Je connais un malade qui, depuis cinq ans, est soumis au régime lacté exclusif ; il n'a pas de dilatation de l'estomac.

La même loi se confirme pour le cœur. On a parlé beaucoup de la dilatation non seulement du cœur droit (qui, lui, peut se dilater primitivement), mais aussi de celle du cœur gauche chez les emphysémateux. Eh bien, cette phase cardiaque de l'emphysème et de l'asthme *ne survient qu'à la faveur de lésions préalables du myocarde*. Lorsque celui-ci se dilate et s'hypertrophie dans le cours de la sclérose rénale, il faut bien savoir que c'est en vertu de lésions sclérosiques qui ont fini par envahir la fibre cardiaque.

Pour revenir à la dilatation de l'estomac par le seul fait du régime lacté exclusif, soyez affirmatifs à ce sujet ; n'y croyez pas, et que le spectre de l'ectasie gastrique ne vienne pas toujours paralyser votre action thérapeutique. En thérapeutique, rien n'est plus facile que de faire des théories, ou de donner des explications d'après l'idée dominante d'un jour. Faisons des théories, à la condition qu'elles soient vraies et qu'elles s'appuient sur la physiologie, et rappelons-nous cette profonde parole de Bossuet, que l'on peut appliquer à la médecine :

« Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire les choses, parce qu'on veut qu'elles soient. »

## CAUSERIE CHIRURGICALE

### Traitement des panaris

Par le Dr ARROU, *chirurgien des hôpitaux*

Avec les varices et les adénites tuberculeuses, les panaris constituent le plus clair des consultations externes de certains hôpitaux. Dire que tout panaris suppuré doit être incisé est bien ; mais c'est peut-être un peu vite dit, j'espère pouvoir le démontrer.

La première chose à faire est d'en connaître la variété. Le panaris anthracoïde — vrai furoncle du dos du doigt — la tourniole avec sa demi-lune d'épiderme soulevé, voilà qui se reconnaît vite, et s'incise toujours suffisamment, quoi qu'on fasse. Il n'en est pas toujours de même de trois variétés que je retiens pour les étudier avec vous, et que voici : panaris sous-cutané, panaris profond, panaris des gaines.

Le panaris sous-cutané est déjà une chose sérieuse. Il ne va pas sans un état général éprouvé, avec de la fièvre, des maux de tête, et surtout de l'insomnie. Quand un malade ainsi atteint ne dort pas, le diagnostic est certain, il y a du pus formé : c'est là un élément de diagnostic excellent. Localement le dos du doigt est gagné par l'enflure, et les ganglions, si souvent épargnés dans les suppurations profondes, sont volontiers enflammés dans ces

Digitized by Google

suppurations relativement superficielles. Il semble, en effet, que, plus l'inflammation avoisine les réseaux lymphatiques de la peau, plus facilement se prennent les ganglions axillaires : le malade est souvent le premier à appeler l'attention sur ses glandes de l'aisselle. Il faut inciser. Mais parfois une disposition se présente, qui peut faire juger sous-épidermique un phlegmon vraiment sous-cutané; je veux parler de la perforation du derme par le pus, lequel vient s'étaler sous l'épiderme et former cette « cloque » toute superficielle, que parfois on se contente d'inciser. On n'a fait que la moitié de la besogne. Le mieux me semble être d'agir de la façon suivante : d'un coup de ciseaux on abrase l'épiderme soulevé, et on *voit* sourdre de la profondeur, au travers d'un trou en plein derme, le pus de la collection plus profonde, qu'il s'agit, dans un second temps, d'aller débrider au bistouri. La méthode est peut-être moins brillante que le coup de pointe donné d'emblée jusqu'aux limites du mal; mais elle est sûre, et en cas d'erreur de diagnostic, permet de n'ouvrir que la phlyctène, cause de tout mal.

Le panaris profond se rencontre également tous les jours. Il l'est d'emblée, de préférence à la troisième phalange, mais il le devient aussi avec le temps, quand on a laissé évoluer, sans l'ouvrir, une collection primitivement sous-cutanée Ici le doigt est énorme. Fièvre, maux de tête, insomnie, le tableau est complet. Et pourtant, il est souvent bien délicat de distinguer, d'emblée, un panaris profond d'un panaris sous-cutané grave. Quand les articulations sont atteintes et craquent, quand une ouverture spontanée permet d'arriver jusque sur un os dénudé, tout va bien, le diagnostic est à la portée du premier venu. Mais, avant tout cela, c'est souvent une question d'œil, d'habitude,... aussi de gros, de trop gros volume du doigt malade. Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut inciser sans tarder. Mais que faire de la phalangette, quand on a de bonnes raisons de la croire atteinte? Aller la chercher d'emblée et chercher à l'extirper? Attendre la séquestration spontanée? Il n'y a pas, je crois, à hésiter. Il est question des doigts, région où la plus grande économie est de rigueur. Incisons et pansons. Plus tard, s'il y a un os mortifié, nous l'enlèverons; la manœuvre se fera avec la première pince venue, facilement, et la cicatrisation réduira à un moindre volume ce moignon de doigt ainsi désossé.

Un seul mot du panaris des gaines. C'est le plus rare. C'est aussi le plus grave quand il s'attaque aux doigts extrêmes (pouce ou petit doigt), en raison de la communication de leurs gaines avec les deux grandes gaines carpiennes. Tout est compromis ici. Outre articulations et os, tendons et synoviales tendineuses sont menacés; ce peut être la perte totale du doigt. Vous le reconnaîtrez à la flexion des phalanges les unes sur les autres, flexion que vos efforts ne pourront corriger; d'ailleurs, la manœuvre n'est pas à tenter, aucun malade ne pourrait en supporter la douleur atroce. Il s'agit d'opérer vite, même en l'absence de fluctuation. Celle-ci, en effet, ne devient perceptible que tardivement, quand le pus a perforé la gaine et s'est infiltré autour d'elle. Mais, déjà, que de désordres produits ! Donc, allez vite et ouvrez immédiatement toute inflammation digitale qui s'accompagne d'un état général fébrile avec flexion du doigt en crochet. C'est le seul moyen de sauver pour plus tard le fonctionnement de l'organe.

Il y a bien quelques détails intéressants encore sur la façon de s'y prendre, et puisque nous sommes sur le terrain de la pratique, je vais les exposer. D'abord, sauf indication très particulière, l'incision doit être médiane : on invite ainsi les artérioles digitales, situées en position antéro-latérale. Puis, l'ouverture faite, vous me voyez insister beaucoup sur l'ébarbement de la plaie. Par ce mot, j'entends la résection, aux ciseaux, de la *peau morte* qui borde votre plaie; c'est un nid à pus et à microbes, et pour avoir négligé de l'enlever, on voit quelquefois se continuer les douleurs et la lymphangite. Faites donc votre plaie propre dans la mesure du possible, et recommencez à ébarber, si besoin, aux pansements suivants. Cela fait, un bain local. Le bain local est ce qu'il y a de mieux pour détruire les germes du panaris ouvert, pour calmer les douleurs, pour nettoyer en un mot cette plaie infectée. A une condition toutefois, c'est de n'introduire dans le bain aucun antiseptique violent. Pas d'acide phénique : on a parlé de cas de gangrène, et, si on me permet une petite considération bien à côté de la chirurgie, cela sent mauvais, et c'est inutile. Prenons donc autre chose. Les malades se trouvent fort bien d'une solution de sublimé sans alcool au dix-millième. Cela fait un van Swieten très étendu, et parfaitement suffisant.

Reste la grande question de l'anesthésie. Faire souffrir son semblable quand, avec un peu de patience, on peut s'en dispenser, c'est de la cruauté, tout simplement. Et on peut ici s'en dispenser. Un drain est d'abord noué à la racine du doigt, noué et serré; une pince hémostatique le maintient. On réalise ainsi un engourdissement du doigt, déjà à moitié anesthésié de ce fait. Puis, avec la cocaïne à 1/100 (si vous savez vous en servir), avec le chlorure d'éthyle, mieux encore avec l'appareil à vaporisation d'éther de Richardson, vous pouvez réaliser tel degré d'anesthésie que bon vous semble. Poussez-la donc à fond, incisez et ébarbez tranquillement, puis enlevez votre drain constricteur, et mettez la main du malade dans le bain.

Tout cela est donc facile, je m'en voudrais d'insister. Un tout dernier mot, cependant. Que votre malade ne soit ni debout, ni même assis. La peur de la souffrance, ce bistouri qu'il cherche de l'œil, l'anxiété du moment « où on commencera », tout cela lui prépare souvent un syncope dont vous n'avez que faire. S'il est couché, vous êtes plus à votre aise tous deux, malade et opérateur; votre homme n'aura pas de défaillance, et tout sera mieux fait : diagnostic, anesthésie locale et opération.

Digitized by Google

# ÉTUDE DE CLINIQUE MÉDICALE

## A propos du pronostic des albuminuries

*(Valeur pronostique du symptôme albuminurie)*

(Suite et fin.)

Par le Dr Jean Camescasse, *ancien interne des hôpitaux de Paris*

Avant de reprendre l'exposé des faits, je me résume et je rapproche ce qui a précédé de l'ensemble.

Dans le cas particulier de Mme (1) G. Ch., le pronostic de la maladie (après le diagnostic) s'établissait assez clairement par le seul fait de la constatation de l'albuminurie le 16 mars. Mais le 28 mars, le pronostic restait le même bien que le dit symptôme eût disparu.

Le même symptôme albuminurie, disparu le 28 mars, existait le 7 avril et disparaissait définitivement le 19 avril.

Et pendant cette série d'oscillations du pronostic apparent, le pronostic réel s'améliorait régulièrement, sans oscillations.

Et, encore, le symptôme inquiétant manquait depuis longtemps, lorsque l'état général (en juin) cessa d'être inquiétant.

Il est donc permis d'écrire : *les variations du taux de l'albumine n'ont pas de signification propre au point de vue du pronostic.*

La variation « *albumine = zéro* » n'est pas plus importante que les autres variations et ce qu'elle ait été précédée ou non (voir plus loin) d'une variation positive.

Quand je dis que cette variation *zéro* n'est pas plus importante que les autres variations de quantité, je suis en dehors de la vérité. J'estime, en effet, que non seulement elle ne signifie pas « guérison » mais qu'encore, elle constitue un trompe-l'œil, une sorte de piège. Qui de nous, en effet, eût hésité il y a quelques années à se réjouir tout haut de ce résultat négatif d'un examen des urines : *il n'y a plus d'albumine dans l'urine.*

Il y avait, dans nos esprits, une corrélation absolue entre ces deux termes « albuminurie » et « brightisme », et pourtant, dès longtemps, nous savions qu'il y avait des maladies du rein sans albuminurie.

Or il me semble (le titre même de la troisième question étudiée pour le Congrès de médecine ne justifie-t-il pas cette appréciation ?), il me semble que ces confusions « urémie, brightisme, albuminurie », — « éclampsie, albuminurie gravidique », persistent bon gré, mal gré. S'il en était autrement, le « pronostic des albuminuries » comporterait-il d'autre enseignement que celui-ci, par exemple : l'albuminurie de la première période des néphrites chroniques peut disparaître à une période plus avancée de la maladie.

*Pronostic de l'albuminurie* bien différent du *pronostic de la maladie :* la *disparition du symptôme* étant contemporaine de l'*aggravation de la maladie.*

(1) Voir *Journal des Praticiens*, 1897, n° 9, p. 132.

Il faut encore que la confusion persiste pour qu'on puisse dire que le « pronostic de l'albuminurie » est sous la dépendance des renseignements fournis par l'étude des autres éléments de l'urine.

S'il n'importe, en effet, que le malade pisse 0 gr. 25, 1 gramme ou 15 grammes d'albumine par jour, quand, en même temps, il élimine suffisamment les déchets toxiques de son organisme ; s'il est, au contraire, extrêmement intéressant de savoir que, quelle que soit la quantité d'albumine éliminée (cette quantité fût-elle même égale à zéro), la diminution du taux des éléments dissous au-dessous d'un certain titre comporte souvent un pronostic grave, entraîne toujours une indication thérapeutique majeure.

Nous sommes en droit de conclure qu'une vive réaction s'impose contre l'importance classique du symptôme albuminurie.

J'expose maintenant un fait dans lequel l'albuminurie a toujours manqué, et dans lequel cette absence a été cause de tentatives thérapeutiques aussi nombreuses qu'inefficaces. Un seul traitement a réussi, en l'absence du régime lacté d'abord, du régime végétarien ensuite. La malade, buvant de l'eau et des tisanes en même temps qu'elle cessait complètement (ou presque) de manger, a spontanément amélioré sa situation.

Nous retrouverons cette circonstance dans un autre cas emprunté à Dumarest.

Obs. II. — Mme N. B., cinquante-huit ans actuellement, ne se porte bien qu'à la condition de suivre le régime suivant (1) :

1° Pas de gibier, pas de viandes noires, viande blanche une seule fois par jour, pas de boissons fermentées (même, et surtout peut-on dire, comme excipient dans une préparation pharmaceutique) ;

2° Légumes à volonté, eau ou lait comme boisson ;

3° Une fois par semaine, au moins, régime lacté intégral pendant une journée ;

4° S'il se produit de la céphalalgie, se tenir au régime lacté plusieurs jours de suite ;

5° Chaque fois que la patiente pourra prévoir une fatigue exceptionnelle à venir, elle se mettra au même régime lacté ; *idem* pour réparer une fatigue imprévue ;

6° Usage tantôt des lavements, tantôt des laxatifs, tantôt du massage du colon *contre la constipation.*

Je lui ai prescrit cette règle de vie il y a plus de deux ans. A maintes reprises, pour des raisons plus ou moins sérieuses, elle s'est exposée à reconnaître qu'elle est malade chaque fois qu'elle s'en écarte.

Voici maintenant les notes que j'ai prises il y a deux ans (février 1894), quand j'ai dû m'occuper de Mme N. B.

Grand-père maternel mort à 70 ans. Grand'mère maternelle morte à 88 ans d'une troisième ou quatrième atteinte de pneumonie, goutteuse à localisations alternantes viscérales et articulaires.

(1) Je n'ai pas été médiocrement heureux de trouver l'indication de ce régime, quant à son ensemble au moins, dans la récente leçon de mon excellent maître, M. Huchard, sur l'*Asthme dit nerveux. Journal des Praticiens*, 1896, n° 8, pages 113 et seq.

Digitized by Google

Père mort à 56 ans, après une assez longue maladie indéterminée. Mère vivante, âgée (en 1894) de soixante-dix ans ; rhumatisme musculaire, nervosisme bénin ; sujette à des crises uratiques urinaires, pas de goutte, semble-t-il.

Mme N. B. est fille unique, elle a cinq enfants et quatre petits-enfants.

Fortune considérable permettant, exigeant, dit-on, un grand train et une bonne table. Réglée encore régulièrement (à 56 ans en 1894), Mme N. B. est une grande constipée de longue date. D'une excellente santé habituelle elle a, seule de sa famille, échappé à la grippe de 1890 et soigné à cette époque non seulement tous les siens, mais encore tout son personnel. Elle a supporté admirablement, sans fatigue appréciable, ce travail forcé auquel elle n'était cependant nullement préparée.

En 1892, elle a commencé à souffrir de maux de tête intermittents.

En 1893, elle a traversé pendant l'été une série de crises nerveuses extraordinaires, au milieu d'une céphalalgie persistante. La céphalalgie a été attribuée à de l'anémie et les crises nerveuses à des contrariétés. Rachialgie.

Je ne l'ai pas vue à cette époque. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle en était arrivée à fuir tout bruit et à vivre dans une chambre noire, la lumière augmentant ses souffrances. Elle a utilisé en vain les *toniques* les plus variés, les *vins les plus généreux naturels ou pharmaceutiques*. Heureusement (1) pour elle, son appétit habituellement régulier, diminuait constamment. Elle a fini par ne plus manger du tout, mais elle continuait de boire beaucoup.

Les urines ne contenaient pas d'albumine. Elles ont, à cette époque, été examinées à plusieurs reprises, à ce point de vue seulement.

Mme N. B. s'est rétablie lentement. En 1894, elle m'a demandé mes conseils parce que elle perdait complètement la mémoire et se sentait incapable de tout effort intellectuel.

*Examen physique :* sauf une légère dilatation de l'estomac, tous les organes paraissent sains. Notamment aucun signe d'artério-sclérose des petites artères, quoique le pouls soit tendu et le second bruit à la base un peu éclatant.

En vingt-quatre heures, 1800 grammes d'urines claires comme de l'eau de roche.

Constipation opiniâtre.

De *l'interrogatoire* il résulte que Mme N. B. :

1° Ne dort plus;

2° Souffre constamment de rachialgie, avec aggravation dès qu'elle ne peut arriver à vaincre la constipation;

3° Qu'elle ne résiste pas du tout à la fatigue physique.

4° Que son appétit est très irrégulier;

5° Que la mémoire et l'activité intellectuelles sont réellement très diminuées, mais que la quotité de cette diminution est variable. — Ça ne marche jamais comme autrefois, mais il y a des jours où la malade ne peut même pas écrire la lettre la plus simple.

Je commence le traitement par le repos physique et moral complet et par une purgation compliquée de plusieurs lavements.

Les urines recueillies avant tout traitement furent analysées. Voici le résultat :

Pas d'éléments anormaux (2).

(1) Voir plus haut.

(2) J'ai tout lieu de croire que le sédiment était resté dans l'excès d'urine qui n'a pas été porté au pharmacien.

Pas d'éléments du rein dans le sédiment.

| | |
|---|---|
| Urée en 24 heures ..... | 16 grammes |
| Acide urique..... | 0,50 centigr. |
| Phosphates..... | 4,80 centigr. (1) |
| Extrait sec..... | 30 grammes |

Le régime lacté intégral fut institué d'emblée, puis mitigé comme on a vu au début de l'observation.

J'ai observé et noté successivement : polyurie jusqu'à trois litres ; retour de l'appétit ; retour de l'activité physique et intellectuelle ; disparition de la céphalalgie. Ménopause depuis juin 1895.

Seule la constipation persiste, ainsi que la tension artérielle, (estimée, mais non mesurée, au pouls).

J'aurai fini quand j'aurai indiqué que deux analyses d'urines faites en 1895 ont indiqué une amélioration considérable de la fonction rénale.

Je relève cependant une note intéressante, en raison des mœurs climatothérapiques actuelles : Mme N. B., ayant accompagné son mari lors d'une cure que celui-ci faisait au commencement de l'année 1896 dans une station d'eau à altitude élevée, a beaucoup souffert de son séjour dans la montagne, où, notamment, elle ne dort pas, sent revenir son impuissance intellectuelle et craint la céphalalgie.

Obs. III. — J'ai quelques notes sur un autre fait semblable, observé depuis février 1896. Mais la malade n'a commencé à souffrir, à 52 ans, que trois mois après la disparition de ses règles. L'insuffisance rénale était moins intense, 16 grammes d'urée en vingt-quatre heures ; Cependant, comme la précédente, la malade ne mangeait plus, ne dormait plus, et se sentait incapable de toute activité physique. Céphalalgie légère. Phénomènes intellectuelles moins marqués parce qu'il s'agit d'une situation modeste qui n'a jamais exigé le moindre surmenage. Même régime que ci-dessus. Paraît guérie.

Ce fait est cependant intéressant parce que, à la suite d'un long voyage en chemin de fer, en août dernier, j'ai constaté la présence d'un peu d'albumine dans l'urine. Huit jours après, la malade avait ses règles qu'elle n'avait pas revues depuis novembre 1895 et qu'elle n'a pas eues depuis. En septembre, nouvelle analyse des urines : plus d'albumine, urée 26 grammes en vingt-quatre heures.

J'ai insisté sans doute, outre mesure déjà, sur des faits aussi peu nombreux, aussi incomplètement observés. Je voudrais pourtant continuer encore un peu.

Cette circonstance spéciale de l'âge de la ménopause a singulièrement contribué à m'éclaircir dans le cas de Mme N. B., parce que je connaissais dès longtemps un fait curieux sur l'interprétation duquel j'ai singulièrement varié depuis une dizaine d'années. Il s'agit d'une dame, âgée actuellement de tout près de quatre-vingt ans, qui, vers 1870, a appliqué les conseils reçus dans sa prime jeunesse d'un vieux praticien ami de sa famille. Conseils que la tradition me transmet ainsi : quand une femme puissante souffre de vertiges au moment de perdre (2),

(1) Ce chiffre m'a fort embarrassé et m'embarrasse encore, malgré la connaissance des travaux d'Albert Robin.

(2) Dans ce pays-ci une femme dit « qu'elle a perdu à 56 ans, à 40 ans, etc. » Cela veut dire exactement qu' « *elle a cessé de perdre* ».

Digitized by Google

elle doit se mettre et rester à la diète. Il ne s'agit pas ici de régime lacté ou de régime végétarien, mais bien d'un véritable carême à l'ancienne mode : Boire de l'eau, manger des *aliments insuffisants en qualité et surtout en quantité*. Or, tout compte fait, il doit y avoir *cent ans*, ou presque, que notre confrère était à l'école, et il vient de m'arriver ceci :

Il y a deux mois environ, à une femme encore jeune, puissante et récemment ovariotomisée, pour de bonnes raisons, j'avais prescrit, au lieu et place des saignées qu'elle me demandait, le susdit régime : ne mangez pas à votre appétit et choisissez des aliments qui ne nourrissent pas, buvez de l'eau.

Et j'ai lu (1) ces jours-ci, l'indication suivante pour les *ovariotomisées* en général qui se plaignent de vapeurs, de vertige, etc. : *régime végétarien*, *lait* et *eau* comme boisson.

On voit que je suis disposé à abuser des toxémies, ptomaïnémies, etc. : après la grossesse, la ménopause ; après la ménopause, les menstrues. Quand j'aurai ajouté que je viens de recevoir une lettre de remerciement d'une asthmatique qui a bénéficié par mon intermédiaire de la leçon précitée de Huchard, il me sera permis de me livrer à une dernière fantaisie en soumettant à une interprétation *toxémique*, ou tout simplement urémique (le mot étant bon en l'espèce), une observation que je trouve dans l'*Echo médical*, de Lyon, en date du 15 octobre 1896.

A la lecture du travail de Dumarest, mon attention a été attirée par ce fait : l'auteur mentionne, dans ses réflexions, que la guérison a été obtenue sans traitement, tandis qu'il apparaît à la lecture de l'observation que le malade : 1° au 21 décembre 1893 (page 248, *loc. cit.*) ne se nourrissait que d'un peu de lait et de bouillon, parce qu'il était incapable de mâcher et à peine même de déglutir ; 2° en février 1894 (même page) : « il s'alimentait exclu« sivement avec du lait dont il faisait une grande con« sommation, et que c'est de cette dernière époque que « date l'amélioration de son état ». « Le malade (page 249) « attribue sa guérison à une *tisane* et à un sirop dépura« tifs fournis par un herboriste. »

Cette observation est intitulée : « *Cas inédit de para« lysie bulbaire asthénique ou syndrome de Erb, suivi de « guérison.* » Or Dumarest établit très soigneusement que tous les cas connus jusqu'à ce jour, et suivis, se sont terminés par la mort. Il établit ausssi que le tableau clinique présenté par son malade est bien le syndrome de Erb.

De ce point je ne saurais juger, mais je relèverai dans l'observation indiquée un certain nombre de symptômes, qui appartiennent à l'urémie commune ; *un signe important* semble n'avoir existé que d'une façon bien temporaire ou même semble avoir manqué tout à fait : l'*albuminurie*.

(1) Je ne peux pas retrouver le journal où j'ai lu cette indication.

« 21 octobre 1893. — Les urines présentent un léger disque d'albumine. Pas de sucre. URÉE : 7 GR. 25 PAR LITRE...

« 28 octobre. — « Toujours pas d'albumine. »

S'il y a doute quant à l'albuminurie, il y a doute aussi quant à l'interprétation de ce chiffre : urée, 7 gr. 25 par litre, en raison de l'état d'inanition possible malgré le gavage à la sonde.

Cependant j'aurais intitulé l'observation ainsi : *Urémie avec localisation bulbaire simulant le syndrome de Erb ; amélioration parce que le malade a été mis dans l'impossibilité de s'alimenter par la localisation même de la paralysie ; guérison par le régime lacté prolongé et par les* TISANES.

Voici les faits qui me semblent de nature à étayer ce diagnostic (1) :

« Antécédents : ..... « Le malade était sujet à des poussées congestives du côté de la tête, accompagnées de « *céphalalgie* et de *bouffissure de la face* »... (page 245).

« ... *Troubles passagers de la vue* et de la motilité oculaire. » (page 246).

« 4 octobre 1893..... Force musculaire générale beaucoup di« minuée du côté du tronc et des membres. »..... « Pas d'atro« phie musculaire. »

« Amblyopie. ... (page 247). — « A l'ophtalmoscope, la pa« pille apparaît trouble, sans exsudats ni hémorragies : elle « offre un contour mal limité et l'aspect rayonnant du début des « névrites. Les vaisseaux sont nombreux et congestionnés. »....

« 21 octobre. — « Léger disque d'albumine dans l'urine. — Urée 7 gr. 25 par litre. »...

« 28 octobre. — ..... « Toujours (?) pas d'albumine. »

« 29 octobre. — ..... « pendant la nuit crise de suffocation d'origine centrale. Après un moment de grande dyspnée, le calme s'est rétabli. »..,

« 21 décembre. — ..... « Le malade ne s'alimente qu'à grand'peine avec un peu de lait et de bouillon »..., (page 248).

,.... « La force générale est un peu revenue. »..... « La vue est meilleure »... « Les paralysie faciales et oculo-motrices sont accrues »... « Douleurs frontales intermittentes »....

18 septembre 1896. — ... (Le malade est guéri) « vers février « 1894,... il a pu déglutir facilement des liquides et s'est alimenté « longtemps avec du lait dont il a fait une grande consomma« tion. »..... « il a commencé à engraisser. »

Ne semble-t-il pas que la sonnette d'alarme a bien mal fonctionné ici ? Juste assez vraiment pour tromper !

Il n'est d'ailleurs plus permis, aujourd'hui, de discuter sur la réalité de troubles paralytiques d'origine urémique, capables de simuler jusqu'au bout une lésion limitée des centres nerveux, — une localisation cérébrale ou bulbaire.

Sans remonter très loin, sans étendre beaucoup mes recherches, je relève facilement les faits suivants :

1° Attaque apoplectiforme sans perte complète de la connaissance. — *Aphasie motrice complète* avec un peu de surdité et de cécité verbales. — Hémi-parésie droite légère. — Diagn. entre embolie et urémie. — *Rendu dit urémie en raison de la disparition*

(1) Je supprime ce qui est relatif au syndrome de Erb proprement dit.

Digitized by Google

*des accidents en 48 heures* sous l'action d'une drastique énergique (1).

2° Attaque d'apoplexie. Coma 24 heures. Réveil complet, mais *aphasie motrice totale* et *monoplégie brachiale droite*. — Au bout de quinze jours, *Cheynes-Stokes*. — Saignée, injection d'eau salée. — Guérison seulement après *deux mois et demi* (2).

Rendu remarque qu'au début l'erreur de diagnostic était fatale en raison de la coïncidence d'un souffle cardiaque, et malgré l'existence d'une albuminurie légère. Il rectifia le traitement quand apparut la dyspnée croissante, sans lésions pulmonaires suffisantes, en même temps que les urines devenaient plus rares.

La conclusion à tirer de cet exposé (3) est que « l'aphasie uré-« mique et *les paralysies qui l'accompagnent* sont peut-être beau-« coup plus fréquentes qu'on ne le suppose..... Aussi l'attention « doit-elle être attirée sur la nécessité d'analyser les cas de ce « genre et de les traiter souvent comme des cas d'urémie, c'est à-« dire principalement par la saignée, qui donne alors d'excellents « résultats ».

3° Eclampsie. — Convulsions pendant trois jours. — Coma ensuite pendant quatre jours. — Paralysie des quatre membres, puis seulement hémiplégie droite, qui ne disparaîtra qu'après *deux mois et demi* (4). Diagnostic facile, mais l'auteur croit devoir invoquer, pour expliquer les accidents, « une hémorrhagie sous-méningée au niveau des centres moteurs ».

4° Hémiplégie franche et complète au cours d'une urémie convulsive. — Saignée, guérison en quelques heures (5).

5° J'ai enfin moi-même rapporté ailleurs le fait suivant : « Chute dans la rue, hémiplégie droite, délire ; saignée, guérison. » Et j'ajoutai ; « Pas de renseignements sérieux, ou, qui pis est, des « renseignements faux, affirmant que le sujet n'était nullement « malade la veille. — D'ailleurs, pas d'urine, pas d'œdèmes. — « Diagn. d'autant plus difficile que le malade était à l'âge et dans « les conditions où l'on fait de plein droit une hémorragie céré-« brale. Le *danger* était ou paraissait pressant ; je l'ai saigné, « 5 ou 600 gr. de sang, et j'estime qu'il a dû sa survie à la phlé-« botomie.

« J'ai agi ainsi avec cette idée : je ne sais si la saignée serait « utile en cas d'hémorragie cérébrale, mais je sais que, si mon « malade est un urémique, la saignée me donnera le temps de ve-« nir à son secours (6). »

Me sera-t-il permis de conclure du rapprochement de tous ces faits :

*a*) Que l'*importance* attribuée à la *présence de l'albumine* dans les urines, au SYMPTOME ALBUMINURIE, pèse lourdement sur nos diagnostics, sur notre thérapeutique ;

*b*) Qu'il y a lieu de secouer ce joug importun, d'autant plus que les variations du taux de l'albuminurie, chez un même malade, ne prennent de signification que par rapprochement avec l'ensemble des variations des autres éléments de l'urine : quantité émise, taux des éléments dissouts, etc., toxicité. Tous renseignements suffisants en eux-mêmes ;

*c*) Qu'enfin il ne saurait être tiré un élément quelconque de pronostic, de la seule comparaison, chez deux malades différents de la quantité d'albumine contenue dans l'urine.

(1) Rendu. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1895, n° 13, page 490.

(2) Rendu. Société médicale des Hôpitaux, 27 mars 1896.

(3) Paul Lucas-Championnière. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1896, pages 410 et seq. — A propos de la communication faite par Rendu à la Société méd. des Hôpitaux le 27 mars 1896.

(4) Schwab : Société obstétricale de France, avril 1896. — *In Gaz. hebd* 1896, page 413.

(5) Analyse in *Journal des Praticiens*, 1896, n° 9, page 138, d'un travail de Marlot : *Bourgogne médicale*.

(6) *Journal de méd. et de chirurg. prat* 1895, page 213.

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile (*Suite.*)

ANTIMOINE. — Les préparations d'antimoine sont aujourd'hui beaucoup moins employées qu'autrefois. D'une manière générale, à faibles doses, elles ont des propriétés contro-stimulantes, diaphorétiques et expectorantes ; à hautes doses, elles sont vomitives et purgatives.

*L'oxyde blanc d'antimoine* est le plus usité parmi les sels d'antimoine, aux doses suivantes :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans..... | abstention |
| De 3 à 5 ans..... | 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour |
| De 5 à 10 ans..... | 0 gr. 20 à 0 gr. 30 — |

Fractionnez les doses.

ANTIPYRINE. — Antithermique, analgésique, sédatif.

| | |
|---|---|
| De 0 à 6 mois..... | 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour |
| De 6 mois à 1 an..... | 0 — 10 à 0 — 25 — |
| De 1 an à 2 ans ..... | 0 — 25 à 0 — 50 — |
| De 2 à 5 ans..... | 0 — 50 à 1 gramme — |

Au-dessus de 5 ans, l'enfant tolère presque les doses de l'adulte. Fractionnez les doses.

ARSENIC. — Les préparations arsenicales sont usitées comme eupnéiques, anti-paludiques, anti-eczémateuses. On doit s'en abstenir, au-dessous de 15 mois. Celles dont on se sert d'ordinaire sont l'arseniate de soude et l'acide arsénieux.

*Arséniate de soude.*

| | |
|---|---|
| De 2 à 3 ans..... | 1/3 à 1/2 milligr. par jour |
| De 3 à 5 ans..... | 1/2 à 1 milligr. — |
| De 5 à 10 ans..... | 1 milligr. à 1 millig. et demi |

Potion

| | |
|---|---|
| Eau distillée..... | 300 grammes |
| Arseniate de soude..... | 0 gr. 05. |

Une cuillerée à café renferme 1/2 milligr. d'arseniate de soude.

*Acide arsénieux.* — On l'emploie sous forme de liqueur de Boudin, qui est une solution d'acide arsénieux au millième. Il ne s'emploie que chez les enfants âgés de plus de 5 ans, particulièrement dans le traitement de la chorée ; on commence par un milligr. par jour et on augmente tous les jours la dose jusqu'à apparition des signes d'intolérance gastrique et intestinale ; cette médication, très efficace, demande une surveillance étroite.

BENZONAPHTOL. — Antiseptique intestinal.

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois..... | 0 gr. 05 à 0 gr. 50 par jour |
| De 15 mois à 3 ans ..... | 0 gr. 50 à 1 gramme |
| De 3 à 5 ans..... | 1 gr. à 1 gr. 50 — |
| De 5 à 10 ans..... | 1 gr. 50 à 3 — |

BICARBONATE DD SOUDE. — Anti-acide, antidyspeptique, diurétique.

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois..... | 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour |
| De 15 mois à 3 ans..... | 0 gr 50 à 1 gramme — |
| De 3 à 5 ans..... | 1 gr. à 2 gr. — |
| De 5 à 10 ans..... | 2 gr. à 4 gr. — |

*(A suivre.)*

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Le camphre considéré comme antigalactogogue.** — Il est assez malaisé, ordinairement, de tarir la sécrétion lactée, quand, pour une raison ou pour une autre, le médecin désire arrêter l'allaitement. Les moyens ordinairement employés — purgatifs, compression ouatée des seins, onctions avec un liniment camphré ou de l'huile de chènevis chauffé — ne sont pas toujours ou efficaces ou suffisamment rapides.

Un auteur américain, Tennison, avait, en 1890, vanté les bons effets de l'antipyrine comme antigalactogogue, et. dans six cas où il avait employé ce médicament à la la dose de soixante à cent-vingt centigrammes par jour, il avait vu la récrétion lactée diminuer et presque disparaître complètement chez les nouvelles accouchées. Malheureusement, ces expériences ne furent pas reprises par l'auteur ; le professeur Herrgott, dans ses essais (*Soc. de méd. de Nancy*), n'a pu arriver à des résultats positifs qu'en employant de très fortes doses d'antipyrine, ce qui en rend l'emploi absolument dangereux.

Par contre, les essais qu'il a faits avec le camphre lui paraissent suffisamment probants, pour lui permettre de le recommander comme antigalactogogue. Il l'administre à la dose de soixante centigrammes par jour en trois fois, par cachets de vingt centigrammes et cela pendant trois jours. Une trentaine d'accouchées ayant suivi cette médication ont vu leur sécrétion lactée diminuer d'une façon vraiment remarquable. M. Kiener (de la Forge) avait obtenu, par l'usage du camphre chez les vaches laitières, des résultats très démonstratifs, qui ont conduit M. Herrgott à l'essai qu'il en a fait chez les nouvelles accouchées. — L. F.

---

**Essence de térébenthine dans le traitement de l'acné rosacée.** — M. le Dr O. Betz (de Heilbronn), recommande des onctions avec de l'essence de térébenthine pure pour la cure de l'acné couperosique. C'est par hasard qu'il a pu se rendre compte de ce fait chez une femme qu'il avait traitée sans succès pour la couperose et à laquelle il avait conseillé un jour de faire des frictions térébenthinées sur la poitrine pour combattre une bronchite dont elle était atteinte. Quelques mois plus tard, M. Betz constata à sa grande surprise qu'elle ne présentait plus trace de lésions acnéiques et apprit que ce résultat était dû à des onctions térébenthinées que la patiente avait eu l'idée de pratiquer sur ses placards de couperose.

M. Betz recommanda ce même traitement à un homme atteint depuis sept ans d'acné rosacée qui jusque-là avait résisté à tous les moyens thérapeutiques. Dans ce cas, l'éruption disparut en moins d'un mois sous l'influence des onctions térébenthinées.

## MÉDECINE

**Les bartholinites.** — Les bartholinites ne se montrent que pendant la période d'activité de la glande de Bartholin. D'après Huguier, certaines professions y prédisposeraient, principalement celles qui obligent les femmes à rester assises ; de même, d'après cet auteur les femmes blondes, à tempérament lymphatique, seraient plus fréquemment atteintes. La bartholinite est le plus fréquemment unilatérale, et, dit-on, plus fréquente du côté gauche. Les traumatismes vulvaires semblent prédisposer à l'inflammation de la glande.

L'infection qui est la cause déterminante des bartholinites se fait presque toujours par voie ascendante et principalement au cours de la blennorrhagie de la femme. M. le Dr Dujon, dans une excellente thèse (*Paris, 1897*), après avoir énuméré toutes les causes invoquées pour la production de l'inflammation de la glande de Bartholin, affirme que dans latrès grande majorité des cas, la bartholinite est d'origine blennorrhagique, quelquefois il y a d'autres causes, par exemple la puerpéralité,

Au point de vue séméiologique, on peut, d'après Dujon, distinguer à la bartholinite trois périodes. C'est le plus souvent au cours d'une vulvo-vaginite datant de une ou deux semaines que surviennent à la vulve des démangeaisons, une sensation de cuisson, de pesanteur, de douleur légère. Une petite tuméfaction se produit, et la maladie passe dans sa période d'état. La douleur devient alors vive, lancinante, s'irradie à l'aine, au périnée, à la cuisse, s'exaspère par les mouvements. L'état général n'est pas grave, la température ne dépasse pas 38°.

A l'examen, le repli vulvaire du côté atteint augmente de volume à son extrémité inférieure qui devient piriforme. La tumeur est plus saillante en dedans qu'en dehors ; la muqueuse est chaude et rouge ; elle tombe tellement en dedans qu'elle obstrue l'orifice du vagin. L'orifice vulvaire du canal excréteur de la glande est entouré d'une aréole rouge (macule gonorrhéique de Saenger). La muqueuse des nymphes adhère à l'abcès ; il n'en est pas de même de la peau des grandes lèvres qu'on peut pincer et faire glisser. En introduisant l'index dans le vagin et plaçant le pouce sur la face externe de la vulve, il est facile de sentir la fluctuation. L'abcès offre en général le volume d'un œuf de pigeon. D'ordinaire il n'y a pas d'adénite inguinale.

Si l'on opère à ce moment, la guérison est obtenue en 8 à 15 jours. Si la maladie suit son libre cours, le pus se fait jour ou par le conduit excréteur, ou en dedans du côté de la muqueuse vulvaire, ou en arrière du côté du périnée ; les fistules labiales sont les plus fréquentes ; les fistules postérieures sont plus rares et se divisent en périnéo-vulvaires, ano-vulvaires, recto-vulvaires. Le pus

Digitized by Google

qui s'écoule est épais, jaunâtre ; parfois strié de sang, couleur chocolat. Il est inodore, fétide dans des cas rares. La durée moyenne d'une bartholinite est d'un mois avec des variantes nombreuses.

Il n'est pas rare de voir la bartholinite passer à l'état chronique ; on observe alors, au niveau de la glande vulvo-vaginale, la présence d'une petite tumeur dure, rénitente, mobile, peu douloureuse. La muqueuse de la nymphe est rouge. Quand on presse sur la glande, il s'échappe du liquide séreux, blanchâtre, parfois jaune et verdâtre. Souvent, l'affection est influencée par la menstruation (Bonnet), la glande se gonfle au moment des règles et diminue de volume dans l'intervalle. Elle devient douloureuse quand elle augmente de volume.

Le diagnostic est d'ordinaire facile, cependant Nivet (*Ann. Dermat.*, 86) a signalé des cas de bartholinite ayant ulcéré la petite lèvre et simulant un chancre induré ; mais il est bien rare que l'induration persistante de la glande, les caractères du pus qui s'écoule ne mettent sur la voie du diagnostic. La différenciation de la bartholinite sera plus difficile avec le phlegmon de la grande lèvre, mais ce dernier a son maximum à la face externe et cutanée de la vulve ; il n'envahit pas ou à peine les petites lèvres ; il s'accompagne de ganglions inguinaux.

Bactériologiquement, on trouve toujours le gonocoque dans le pus d'une bartholinite (1re attaque). Il y est seul quand l'abcès n'est pas ouvert, et peut être associé dans le cas d'ouverture de l'abcès par le conduit excréteur ou une fistule. Dans le cas de bartholinite récidivante, on trouve peu souvent le gonocoque, et la plupart du temps les autres microbes de la suppuration (staphylocoques, streptocoques, bactérium coli). Le pus de la bartholinite est habituellement sans odeur ; exceptionnellement, il est fétide ; et dans un cas observé par Dujon, la fétidité était due à son bacille anaérobie.

Le seul traitement réellement efficace est le traitement chirurgical ; les antiphlogistiques sont d'ordinaire insuffisants. L'incision seule, soit à la partie interne des nymphes, soit à la partie externe (Velpeau, Guérin) laisse d'ordinaire à sa suite un trajet fistuleux et est par conséquent un traitement incomplet. L'incision suivie de raclage à la curette et de cautérisation (thermo-cautère, teinture d'iode, chlorure de zinc, etc...) donne déjà de meilleurs résultats ; mais la méthode de choix, c'est l'*extirpation*.

Si on a affaire à une bartholinite au début, légèrement fluctuante, il faut la pratiquer d'emblée. Mais, si la malade est venue tardivement, s'il y a une grande poche purulente, il vaut mieux, suivant la pratique de Ricard, inciser d'abord, et ne pratiquer l'extirpation qu'au bout de 8 jours. Dans le cours de la grossesse, il ne faut pas hésiter à opérer une bartholinite qui pourrait avoir à la suite une conséquence fâcheuse. Pour l'hémostase, il suffit de laisser dans la plaie une petite mèche de gaze stérilisée, les lèvres sont suturées au crin de Florence, la mèche est enlevée au bout de 24 heures ; la réunion par première intention est habituelle. — M. D.

## CHIRURGIE

**Blennorrhagie rectale.** — L'existence de la blennorrhagie ano-rectale est aujourd'hui incontestée ; c'est à Bumm que revient le mérite d'avoir décélé, en 1884, la présence du gonocoque de Neisser dans du pus s'écoulant de l'anus. Depuis lors sont venus les faits de Horand, Staub, Frisch, etc..., de Hartmann, signalant une ulcération blennorrhagique de l'anus, avec présence révélée du gonocoque et intégrité du rectum.

Griffon relate (*Presse méd.*) un fait nouveau, qu'il a observé avec M. Sée et qui prend son intérêt particulier en ce que le rectum seul a été le siège de l'inoculation et que l'anus est resté indemne. Il s'agit d'un jeune sodomiste passif, qui, 7 jours après un bon dîner suivi de manifestations *a posteriori*, vit survenir les phénomènes suivants : douleur en allant à la garde-robe, pesanteur rectale, gêne pénible pendant la station assise, expulsion anale d'un bouchon muco-purulant. Quant à la muqueuse anale, bien qu'un peu rouge, elle n'était le siège d'aucun exsudat.

Le pus examiné, coloré à la solution phéniquée de bleu de méthylène, présentait une foule de lencocytes, criblés de diplocoques groupés en amas et revêtant l'aspect classique de gonocoques.

Le malade, traité par des injections de permanganate de potasse à 1/4000 guérit, bien que le traitement eût été interrompu quelques jours par l'apparition d'une petite tumeur bleuâtre, siégeant à la marge de l'anus, et due sans doute à une phlébite des veines sous-sphinctériennes.

Cette observation est évidemment intéressante ; nous n'avons en effet trouvé nulle part signalée la possibilité d'une blennorrhagie n'atteignant que le rectum et respectant l'anus. Mais précisément, à cause de la rareté du fait qu'ils rapportent, nous regrettons que les auteurs aient laissé la porte ouverte aux argumentations et se soient contentés de l'étude morphologique des micro-organismes au lieu d'avoir recours aux cultures qui, seules, eussent permis de conclure qu'il s'agissait véritablement de gonocoques. Qui prouve, en effet, qu'on ne se trouvait pas en présence d'une simple rectite suppurée, due à des érosions muqueuses traumatiques, placées en un terrain éminemment infectable ? — L. Flœrsheim.

## OTOLOGIE

**Technique de l'examen de l'oreille. Instruments.** — Il n'est pas toujours très facile de bien explorer le conduit auditif et la membrane du tympan qui en forme la limite interne. Si on se trouve en présence d'un conduit

Digitized by Google

auditif spacieux, presque rectiligne, l'examen en est si facile que l'on peut presque se passer d'instrument pour en examiner toute l'étendue, mais cette conformation est exceptionnelle et, le plus souvent, on est obligé de placer un spéculum pour redresser les courbures normales du conduit et pouvoir diriger un rayon lumineux sur le tympan.

Nous allons ainsi passer en revue, la source de lumière, les miroirs réflecteurs des rayons lumineux qui en émanent, enfin, les instruments qui redressent et dilatent légèrement le conduit auditif.

Le foyer lumineux doit être intense; on peut se servir d'une lampe à pétrole, d'un bec de gaz, ou encore mieux d'un bec Auer dont la flamme très brillante convient parfaitement à ce genre d'examen. L'intensité lumineuse peut être augmentée par l'adjonction, à la lampe, d'une lentille ou d'un système de lentilles, analogues à ceux qui servent à examiner le larynx.

La lumière doit être à la hauteur de l'oreille du malade et de l'œil de l'observateur; en outre, elle doit être rapprochée le plus possible du sujet afin que l'angle formé par les rayons tombant sur le miroir frontal et ceux que ce dernier renvoie, soit très aigu; si la lampe est, au contraire, éloignée du sujet, le faisceau lumineux tombe sur le miroir frontal, sous un angle obtus et il se perd ainsi un certain nombre de rayons lumineux, d'où éclairage moins intense.

La lumière, émanée de la lampe, est reçue par un miroir concave, percé à son centre qui renvoie un faisceau lumineux dans la direction de l'oreille; ce miroir concave peut être monté sur un manche tenu à la main (miroir de Trœltsch) ou sur une monture de lunettes (Semeleder, Duplay) ou fixé à un bandeau frontal ou encore à un ressort qui embrasse le crâne d'avant en arrière.

Le miroir peut être incliné dans toutes les directions, grâce à une articulation à noix ou à un levier mobile.

Quel genre de monture est préférable ?

S'il s'agit d'un examen rapide, on peut se servir du miroir de Trœltsch, mais pour un examen soutenu, complet du malade, il est indispensable de recourir à un système de monture qui n'occupe pas la main droite, pendant que la main gauche fixe le spéculum dans l'oreille.

La monture à lunette est assez commode mais elle donne une sensation de poids pénible, à la racine du nez et de pression sur les tempes; de plus l'écartement des branches étant invariable, telle monture peut ne pas convenir à toutes les têtes ; si l'écartement est trop grand, le miroir tient mal et vacille ; s'il est insuffisant, il produit une constriction pénible.

Le ressort antéro-postérieur est plus solide, mais il applique fortement les coussinets du miroir sur la racine du nez, ce qui devient assez désagréable quand on doit garder l'appareil longtemps.

Le bandeau frontal est, de tous les systèmes, celui qui doit être préféré; il peut s'adapter instantanément à toutes les têtes et maintient solidement le miroir.

Avant de se servir d'un miroir, il est bon de s'assurer de la longueur de son foyer en plaçant la main ou un écran à des distances variables jusqu'à ce qu'on ait obtenu le maximum d'éclairage et l'image de la lumière la plus petite ; on est ainsi fixé, une fois pour toutes, sur la distance à laquelle on devra se placer pour obtenir le maximum d'éclairage du fond de l'oreille; pour l'examen de cet organe, le foyer doit être de 25 à 30 centimètres au plus ; s'il est plus grand, on est obligé, afin de bien éclairer, de se tenir à une distance telle que la vision n'est plus aussi distincte, à moins d'être hypermétrope.

Comment doit-on placer le miroir? Le trou central au devant d'un œil ou simplement le miroir sur le front ? Cela est affaire d'habitude ; théoriquement il est préférable que le trou du miroir soit sur l'axe visuel, mais en pratique et surtout quand on doit examiner un grand nombre de malades qui sont de taille très différente, on dirige beaucoup plus vite la lumière sur le point voulu, quand le miroir est au-dessus de l'œil qu'au devant de lui.

De plus, le miroir placé devant l'œil gêne la vision pour prendre un objet sur la table, comme un stylet garni d'ouate, un flacon, etc. Si le plan du miroir n'est pas perpendiculaire à l'axe visuel, le trou central, de circulaire devient elliptique, ce qui restreint d'autant plus le champ de la vision. Ce sont toutes ces raisons pratiques qui nous font préférer la position du miroir au-dessus de l'œil.

*Les spéculums* d'oreille sont bivalves ou en forme d'entonnoir ; les premiers, dont se servaient Hard, Kramer, Bonnafond, analogues aux spéculums vaginaux, sont à peu près délaissés ; ils peuvent cependant être utilisés dans certains cas spéciaux, comme dilatateurs.

Les spéculums pleins ou en entonnoir (modèles de Gruber, Avery, Lux, Erhardt, etc.) se font en métal ou en caoutchouc durci ; celui de Toynbee est un des plus commodes.

Les instruments en caoutchouc durci ne peuvent être désinfectés par la chaleur qui les déforme, mais ils ont, sur leurs analogues en métal, les avantages suivants : ils sont plus légers et tiennent presque seuls en place dans le conduit auditif ; ils ne donnent pas l'impression de froid dans l'oreille ; ils sont inattaquables par les antiseptiques comme le sublimé, le fluorol, l'acide phénique fort, etc., enfin, leur teinte noire fait mieux ressortir la couleur propre de la région que l'on examine et ne produit pas de reflets lumineux.

Le spéculum de Brunton n'est guère employé, à cause de son volume et la difficulté qu'il crée pour introduire des instruments dans l'oreille, quand il est en place.

Il a l'avantage de grossir l'image du tympan, mais on arrive à ce résultat en plaçant devant un spéculum ordinaire, une lentille de huit à dix centimètres de foyer, tenue obliquement pour empêcher les reflets.

Digitized by Google

Si l'oreille contient du pus, on procède au nettoyage en pratiquant une injection chaude, soit en introduisant des boulettes d'ouate dont on garnit l'extrémité d'un stylet spécial. On désinfecte instantanément l'ouate en l'exposant au-dessus de la lampe qui sert à l'éclairage ou encore mieux à la flamme d'une lampe à alcool ; dès que l'ouate a pris feu on souffle dessus on a ainsi un tampon peu ou pas roussi et aseptique.

Si on veut introduire une solution chaude dans l'oreille, il suffit d'en imbiber une boulette ainsi préparée et de la présenter au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool jusqu'à ce que le liquide soit chaud. — Dr A. Courtade, *assistant du service laryngo-otologique de l'hôpital Lariboisière.*

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 mars 1897*

**Sarcôme du sinus frontal ayant pénétré dans l'orbite.** — M. Luc, présentation de M. Berger. M. Luc ouvre le sinus sur une largeur de deux centimètres et extirpe une tumeur de consistance molle. L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un sarcome. Quelques jours après, la fièvre s'allume ; on rouvre le sinus, on évacue le pus collecté et on extirpe un prolongement que la tumeur avait envoyé vers l'orbite et qui avait été négligé. La fièvre continue, une parésie de tout le côté gauche du corps s'établit, et la malade ne tarde pas à tomber dans le coma. On trépane par le sinus, on ouvre la duremère et l'on trouve un exsudat blanchâtre recouvrant les feuillets méningés sous-jacents. On ponctionne la substance cérébrale sans résultat. Les troubles cérébraux disparaissent et la guérison ne tarde pas à se faire.

**Kyste séreux du canal de Gartner.** — M. R. Blanchard. Observation de M. Magalhaes (de Rio-de-Janeiro). Il s'agit d'une poche kystique siégeant sur la petite lèvre droite d'une métisse âgée de 20 ans. La tumeur a fait son apparition vers l'âge de 12 ans et par suite d'un développement progressif a atteint le volume d'une grosse orange. Cette poche remplie d'un liquide clair, filant, albumineux, s'est développée aux dépens d'une partie du canal de Wolff, le canal de Gartner.

**Discussion de l'Académie sur l'emploi du phosphore blanc pour la fabrication des allumettes.** — *Adoption des conclusions de* M. Vallin. La suppression du phosphore blanc est nécessaire à l'assainissement des fabriques d'allumettes. Provisoirement, on tentera d'améliorer l'état sanitaire de ces fabriques en augmentant les moyens de ventilation, en n'admettant dans les ateliers que des ouvriers ne présentant aucune lésion dentaire.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection de la commission de prix pour 1897.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 26 février 1897*

**Un cas de ladrerie chez l'homme.** — M. A. Petit. Les cas de ladrerie humaine ne sont pas rares ; MM. Sevestre, Broca, Féréol, Rathery, Millard et plusieurs autres auteurs en ont déjà rapporté des exemples. Il n'est cependant pas sans intérêt d'en publier les observations que l'on rencontre, ne serait-ce que pour attirer l'attention sur ce sujet.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, entré à l'hôpital le 4 février 1897 pour une bronchite légère. En l'examinant, M. Petit trouva dans la fosse sus-épineuse droite deux petites tumeurs sous-cutanées, mobiles sous la peau, élastiques, de consistance presque cartilagineuse. Dix autres nodosités semblables étaient disséminées sur le thorax ; leur volume variait de celui d'un haricot à celui d'un grain de raisin. La coexistence du tænia solium chez ce malade le fit penser à la ladrerie. Originaire de la Lorraine, il mangeait beaucoup de charcuterie peu cuite, et, depuis l'année 1891, il expulsait des cucurbitins de tænia ; le cysticerque semble s'être développé vers cette époque. Le fond de l'œil et les viscères étaient sains. Ce malade éprouve des céphalées vespérales, des douleurs osseuses, mais est syphilitique. Une tumeur de la fosse sus-épineuse fut enlevée et on trouva dans la vésicule un *cysticercus cellulosæ* avec la tête munie de crochets. De plus, un tænia armé fut rendu avec l'extrait éthéré de fougère mâle.

La pathogénie de cette affection reste aussi obscure que dans les cas antérieurement publiés. On ne saurait dire si les cysticerques proviennent directement de la viande de porc contaminée absorbée par ce malade, ou s'ils proviennent d'œufs de tænia résorbés au niveau de l'intestin.

M. Thibierge a eu récemment dans son service un malade atteint du ténia et de ladrerie ; il n'en existait que trois vésicules sous-cutanées. L'examen microscopique de l'une d'elles. après biopsie, montra la *cysticercus cellulosæ*.

M. Barbier. Il est facile de confondre ces cas avec la lipomatose généralisée ; il n'existe pas de caractères vraiment pathognomoniques de la ladrerie. L'examen histologique seul peut lever tous les doutes.

**Cancer du canal thoracique.** — M. Troisier a recherché le cancer du canal thoracique dans les cas de propagation d'un cancer abdominal aux ganglions sus-claviculaires, guidé par l'idée que ce vaisseau devait servir de voie de transmission aux éléments néoplasiques. Il en a déjà observé deux cas consécutifs à des cancers du rein et de l'utérus.

Il en rapporte un troisième cas, qui a eu pour lésion originelle un épithélioma de l'estomac. Dégénérescence des ganglions sus-aortiques, des ganglions du médiastin et du ganglion sus-claviculaire gauches. Noyaux secondaires dans la face et dans les poumons avec lymphangite cancéreuse. Le canal thoracique, dégénéré dans toute son

Digitized by Google

étendue, est représenté par un cordon dur, un peu tortueux, ayant en moyenne le diamètre d'un crayon ; la citerne de Pecquet est dilatée et comme injectée. A sa terminaison le canal thoracique reprend son aspect à peu près normal, et son abouchement dans la veine sous-clavière est indiqué par un pertuis à la face interne de ce vaisseau. Des coupes pratiquées sur le canal thoracique montrent qu'il est complètement obturé. Son altération est la même que celle des vaisseaux lymphatiques envahis par le cancer. En contact avec la paroi qui est un peu épaissie, se trouvent plusieurs couches de cellules épithéliales semblables à celles du cancer primitif ; la partie centrale est formée par une matière caséeuse.

L'envahissement du canal thoracique se fait de proche en proche, soit dans le sens du cours de la lymphe, soit d'une façon rétrograde. On peut suivre la progression de l'infection depuis la lésion initiale jusqu'aux ganglions sus-claviculaires dont les vaisseaux afférents viennent se déverser dans l'anse du canal thoracique.

Dans le cas où le canal thoracique n'est pas dégénéré, il doit cependant servir de voie au transport des éléments cancéreux, comme les vaisseaux lymphatiques, qui restent sains en apparence, lorsque le cancer est propagé aux ganglions en rapport avec l'organe atteint.

M. Letulle. Lorsqu'il existe des adénopathies cancéreuses pré-lombaires, on trouve fréquemment un cancer du canal thoracique.

**Manifestations nerveuses précoces du mal de Pott.** — M. Siredey. Depuis la description classique de Michaut et les travaux de l'école de la Salpêtrière, nous connaissons les symptômes du mal de Pott confirmé ; mais on chercherait vainement dans la littérature médicale l'étude des phénomènes précurseurs attirant l'attention sur la colonne vertébrale, avant qu'elle soit devenue le siège des déformations caractéristiques. Il existe cependant des troubles nerveux, souvent méconnus, qui peuvent apparaître à une époque où l'on ne soupçonne pas habituellement l'osteo-arthrite vertébrale tuberculeuse. M. Siredey rapporte 4 observations dans lesquelles les accidents nerveux se sont montrés très longtemps avant l'apparition des phénomènes caractéristiques du mal de Pott.

Un de ses malades a eu des névralgies lombaires plus de deux ans avant de présenter un abcès par congestion ; un autre a été paraplégique deux ans avant l'apparition de l'abcès. Chez les deux autres, l'intervalle entre les accidents du début et ceux qui caractérisent nettement l'affection n'a pas été moindre de 9 et 12 mois. L'intensité de ces accidents nerveux du début du mal de Pott est très variable. Dans un cas il y a eu une paraplégie complète, dans deux autres cas des névralgies très violentes, remarquables par leur persistance et l'inefficacité absolue du traitement.

On comprend qu'il soit difficile de soupçonner le mal de Pott, lorsque les phénomènes précurseurs se bornent à de simples névralgies. Néanmoins l'attention sera éveillée de ce côté, lorsque ces douleurs persistent malgré tous les traitements employés. Mais parmi les phénomènes observés, il en est deux qui, associés à la douleur, paraissent avoir une importance réelle : c'est d'une part l'exagération des réflexes, témoignage d'une irritabilité toute particulière de la moelle, et d'autre part la fièvre, indice d'une infection trop souvent due à la tuberculose.

**Parotidite unilatérale chez un saturnin.** — M. Launois présente un homme de 28 ans, atteint du gonflement de l'une des parotides, sans aucune fièvre. La muqueuse buccale est tuméfiée, les gencives présentent le liséré caractéristique du saturnisme. Ce malade offre d'ailleurs d'autres symptômes d'intoxication chronique par le plomb, Quoiqu'il n'ait jamais eu d'oreillons, et qu'une épidémie ourlienne existe en ce moment à Paris, M. Launois incline à attribuer cette parotidite à l'intoxication saturnine. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 3 mars 1897*

**Goitre exophthalmique, thyroïdectomie partielle, guérison.** — M. Schwartz a observé l'année dernière une femme de 37 ans, atteinte depuis onze ans d'un goitre qui depuis une année s'était accompagné du syndrome de Basedow : exophthalmie légère, crises violentes de palpitations, tendances à la syncope, tachycardie, inégalités du pouls battant 140 à la minute. Malgré la petitetesse du goitre, qui était unilatéral, cette femme tomba dans un état cachectique profond. M. Schwartz, constatant une tumeur intra-thyroïdienne, pensa qu'il s'agissait d'un goitre basedowifié, proposa l'énucléation, qui fut acceptée et pratiqua cette opération le 11 mars 1896. Pendant son cours, il se produisit une hémorragie hors de proportion avec le volume de la tumeur : M. Schwartz parvint à l'arrêter par le tamponnement avec l'antipyrine, et évita ainsi la thyroïdectomie unilatérale. Les suites opératoires furent normales ; mais pendant trois jours, on observa une recrudescence de tous les accidents cardiaques ; le pouls battait de 140 à 150 ; le cœur était plus ataxique que jamais. Ces troubles, combattus par l'usage du bromure de potassium à la dose de 6 grammes par jour, disparurent le quatrième jour d'une façon définitive. Dix-sept jours après, la malade sortait de l'hôpital guérie de son goitre et des symptômes basedowiens.

M. Tuffier présente deux malades qu'il a opérées pour des troubles analogues. La première est une jeune fille à laquelle il pratiqua, le 31 juillet 1894, la thyroïdectomie partielle pour un goitre basedowifié et restée guérie depuis cette époque. La seconde est une femme de 30 ans, opérée le 24 janvier 1897 pour des phénomènes aigus de goitre exophtalmique : tachycardie, tremblements, diarrhée rebelle. Il fit l'hémi-thyroïdectomie ; depuis, les symptômes

M. Poncet. Les accidents parfois graves, qui suivent les opérations pratiquées sur le corps thyroïde, peuvent être expliquées par un excès de fonctionnement de cette

Digitized by Google

de la maladie de Basedow se sont atténués, mais une légère exophtalmie persiste.

glande ou par une altération de ses sécrétions, en un mot par une toxhémie thyroïdienne. La fièvre thyroïdienne en est une manifestation des plus redoutables et peut entraîner la mort en 15 heures. Il l'a vu survenir après des interventions pratiquées directement sur la glande, quelle que soit d'ailleurs la nature vraie du goitre exophtalmique. Il ne s'agit point là de choc chirurgical, ni d'empoisonnement iodoformé, mais d'une intoxication d'origine thyroïdienne par pénétration dans la torrent circulatoire de suc thyroïdien altéré ou sécrété en trop grande quantité. Il faut donc être très réservé dans les interventions chirurgicales directes dans le basedowisme aigu. Pour ces raisons, il est disposé à se rallier à la section du grand sympathique et à la résection du ganglion cervical supérieur, qui a donné de bons effets à M. Jaboulay. Cette opération n'expose ni à l'empoisonnement, ni à la fièvre thyroïdienne et semble être suivie d'excellents résultats.

**Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse pour otite moyenne chronique et mastoïdite aux masses cholesteatomateuses**, par M. Braquehaye, de Bordeaux (1). — Le nommé P..., 27 ans, est entré, le 13 août 1896, dans le service de M. le professeur Demons, pour une fistule mastoïdienne gauche. Le début de la lésion remonte à une otite moyenne bilatérale survenue à l'âge de 17 ans, probablement à la suite d'une amygdalite. L'écoulement persista avec des intermittences jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, à la fin de novembre 1888, survint une poussée douloureuse à gauche, bientôt suivie d'un volumineux abcès rétro-auriculaire. L'incision simple fut pratiquée et se cicatrisa rapidement, mais l'abcès récidiva : si bien qu'en 8 mois le malade dut subir 20 coups de bistouri. Lassé de ce traitement, il entra pour la première fois, le 27 juillet 1889, dans le service de M. Demons, dont M. Braquehaye était alors l'interne. A cette date, un trajet fistuleux qui perforait l'apophyse fut évidé à la curette, et la guérison était obtenue à la fin de septembre. Mais alors reparut l'otorrhée, qui avait cessé tant que l'apophyse était restée ouverte; et en janvier 1890 s'ouvrit spontanément un nouvel abcès mastoïdien; et depuis la suppuration a constamment eu lieu à la fois par la fistule et par le conduit. Cela continua de la sorte jusqu'au 1er août 1896 : à cette date, douleurs violentes, abcès rétro-auriculaire qui fut incisé le 10 août. Le pus s'écoule en abondance, et le malade ne fut soulagé que le lendemain, après issue d'une grosse masse cholestéotomateuse, qui, évidemment, obstruait l'orifice osseux. Toutefois, la température restait au-dessus de 38° lorsque, le 13 août, le malade entra pour la seconde fois à l'hôpital Saint-André. Pour compléter l'étude de l'examen local, il me reste à ajouter que l'audition à gauche était nulle.

Le 22 août, M. Braquehaye pratiqua la trépanation de trépanation de l'apophyse et de la caisse selon les règles qu'il a apprises et déjà mises plusieurs fois en pratique sous ma direction. Il ouvrit l'antre au lieu d'élection, sans tenir compte de la fistule osseuse qui siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'épine de Hevile. Les cellules, l'aditus étaient très spacieux. Il ne restait pas trace des osselets.

Les suites opératoires furent très simples et la vaste cavité ouverte derrière l'oreille était épidermisée à la fin de novembre. L'audition est restée abolie ; il n'y a pas de paralysie faciale.

Un fait digne de remarque est qu'au fond de l'oreille, probablement au niveau de la base de l'étrier, existe un petit point rouge, saillant, dont l'attouchement, depuis le premier pansement, a toujours provoqué des vertiges, avec tendance à la syncope. Ces phénomènes sont même notés lorsque le malade laisse la cavité exposée à l'air ; aussi met-il en permanence un petit tampon d'ouate.

Je n'ai pas l'intention, à propos de cette observation, de discuter devant vous la pathogénie du cholestéotome. D'après les cas que j'ai observés, je crois qu'il s'agit d'une complication de certaines vieilles otites suppurées et que, comme dans le cas de M. Braquehaye, l'inflammation de la caisse est le fait initial ; qui, dans le cas actuel, doit conduire à cette interprétation, c'est le début par une otite aiguë bilatérale, après une amygdalite.

Ce qui est certain, c'est que les otites ainsi compliquées sont fort graves : Si l'on n'était intervenu radicalement, on peut affirmer que le malade dont je viens de vous retracer l'histoire était, à échéance plus ou moins proche, condamné à mort. C'est d'ailleurs le sort habituel des vieux otorrhéiques avec complications mastoïdiennes.

En présence de ces lésions, une action chirurgicale s'impose donc, et l'observation précédente vous montre ce qu'on doit attendre de l'incision simple, dite de Wilde, ou même de la trépanation limitée à l'apophyse. L'une et l'autre, dit-on, donnent des succès : mais si on suit de près les malades pendant quelque temps on devient plus sceptique. Voyez le malade de M. Braquehaye : l'incision simple s'est cicatrisée, et l'on aurait pu chanter victoire, mais la récidive n'a pas tardé. Ici, les nouveaux accidents ont été trop rapides, trop répétés pour laisser place à l'illusion ; mais souvent la récidive tarde assez pour que le chirurgien croie à la guérison, comme on a pu y croire pendant plusieurs mois après l'évidement de la fistule osseuse.

En réalité, ces malades ne doivent être considérés comme guéris qu'après suppression de l'écoulement purulent par le conduit. Tant qu'il persiste de l'otorrhée, ils sont exposés à de complications mastoïdiennes ou intracraniennes graves ou même redoutables. Aussi doit-on, comme l'a fait M. Braquehaye, attaquer la lésion initiale, c'est-à-dire l'ostéite de la caisse.

A cette manière de faire on objecte parfois : 1° la perte de l'audition ; 2° la fréquence de la paralysie faciale par section du nerf. Aucune de ces objections n'est fondée.

Les osselets sont souvent tombés d'eux-mêmes ; quand ils sont encore en place, leur ablation n'a pas d'inconvé-

(1) Rapport de M. Broca.

Digitized by Google

nients. J'ai opéré un nombre considérable de malades dans ces conditions et au point de vue de l'audition, le résultat a été parfois nul, souvent favorable, jamais défavorable.

Quant à la paralysie faciale, elle est quelquefois inévitable, dans certains cas de séquestre, de carie étendue, etc., etc.; mais ces cas sont exceptionnels, et d'autre part, la vie y étant directement menacée, on est en droit d'exposer le sujet à une infirmité incontestablement désagréable. Et il convient d'ajouter immédiatement que si l'on opère à temps, dans un os qui n'est pas encore malade de tous côtés, on doit éviter à coup sûr cet accident fâcheux. Un chirurgien habitué à ces interventions ne coupe pas le facial en ouvrant l'aditus à la caisse.

**Signes prémonitoires du rétrécissement syphilitique du rectum.** — M. Gérard-Marchand fait un rapport sur un mémoire de M. Verchère. Des faits observés par cet auteur dans son service de la maison de Saint-Lazare, il résulte que, dans la période secondaire de la syphilis, l'anus et le rectum peuvent être le siège d'ulcérations ne s'accompagnant pas de douleurs ni de troubles fonctionnels. Ces lésions peu connues déterminent de la contracture du sphincter, un épaississement des parois rectales et sont le point de départ ou mieux l'origine du rétrécissement. A celles-ci, viennent souvent se joindre de la rectite, des trajets fistuleux, un condylome. On sait que Gosselin faisait du condylome le point de départ de la sclérose rectale; il est le premier signe du rétrécissement ano-rectal. Ces lésions primitives guérissent, si l'on a soin dès leur apparition d'instituer un traitement spécifique énergique. Abandonnées à elles-mêmes, elles donnent naissance à un processus scléreux qui envahit la paroi rectale et aboutit à un rétrécissement définitif du rectum. — H. M.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société obstétricale et gynécologique de Paris

*Jeudi 11 février 1897*

M. Durante montre des coupes de déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement. Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœtale. Il s'agit non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma ectoplacentaire.

M. Doléris. — Les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtale ont de grande analogies au point de vue anatomique. Il paraît donc bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer une origine fœtale exclusive. De plus, dans les trente ou trente-cinq cas de déciduome confirmée, il en est six ou sept pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commémoratif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire.

M. Durante. — Ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une toute autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome; ce sont probablement des sarcomes ou des adéno-sarcomes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais, sans môle hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis l'apparition de métrorrhagies; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté dès les premiers mois de la gestation.

MM. Durante et Siron : **Atrésies multiples moniliformes de l'intestin grêle, chez un enfant à terme.** — Cet enfant provient du service de M. Porak. Il mourut d'une obstruction intestinale en quatre jours, après sa naissance. A l'autopsie on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cœcum et sur une longueur de 25 à 30 centimètres, se présentait sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement ces culs-de-sac présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuses et musculaires atrophiées.

MM. Doléris et Scheffer : **Un cas de fracture intra-utérine du tibia, avec vice de conformation.** — Il s'agit d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : Jambe déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant au niveau de sa crête un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou 3 millim., blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné paraît mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que quatre orteils, le deuxième manque.

M. Kirmisson pense qu'il s'agit là, non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur.

M. Porak : Il faut admettre avec la plus grande réserve les observations de fractures traumatiques, intra-utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

M. Porak ; **Insertion vélamenteuse du cordon pendant le travail.** — Il s'agit d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'enfant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture des membranes artificielles se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

## VARIÉTÉS

### La « fièvre rouge »

Ce n'est pas sans un certain plaisir que nous avons lu dans la *Médecine moderne* le « petit bulletin » de M. F. H, si finement pensé et si joliment écrit, et nos lecteurs nous sauront gré de le reproduire. Nous prenons notre bien où nous le trouvons, et quand nous rencontrons un intéressant article, nous n'hésitons pas à le signaler surtout s'il répond à nos idées, et cela, bien entendu, en indiquant la source et l'auteur. Tout d'abord, nous

Digitized by Google

nous associons pleinement aux justes observations relatives à M. Gombault qui serait bien digne du « petit bout de taffetas rouge ». Ce qui nous fait encore plaisir dans cet article, c'est de voir que notre distingué confrère confirme les observations que nous ont suggérées les travaux considérables de M. le professeur Renaut (de Lyon).

La *France médicale*, elle aussi, a signalé avec nous cette lacune lors de la distribution des croix de la Légion d'honneur, et lorsqu'un de nos estimés confrères nous dit que « cette campagne ne sert à rien », nous ne sommes pas tout à fait de son avis. La presse médicale, sans doute, est petite à côté de la « grande presse », grande par le format plutôt que par les idées; mais si elle n'est lue que par un nombre limité de lecteurs, mieux vaut qualité que quantité, car aucun de nous n'hésiterait à se faire l'écho d'un plaidoyer en faveur d'une excellente cause. Et quand un ministre, que nous ne nommerons pas, n'a pas osé, à la dernière promotion, guérir de la « fièvre rouge » un de nos confrères que nous ne nommerons pas davantage, c'est que, sans doute, sur le point de commettre une faute, il a vu se dresser devant lui, comme un spectre, la réprobation de tout le monde et de toute la presse médicale. Nous croyons rendre service à ces ministres, souvent bien embarrassés pour reconnaître l'intrigue... et se dégager de l'étreinte de deux Presses, médicale et extra-médicale. Notre devoir est de lutter pour la bonne cause, de parler pour le mérite qui reste caché, et c'est pourquoi nous empruntons à notre confrère, un des fleurons de sa couronne, un des charmants articles M. F. H. — K. V.

---

« Je vous ai, dans le temps, parlé de la fièvre rouge, vous savez bien, cette affection saisonnière qui sévit sur les adultes mâles aux environs du 1er janvier et du 14 juillet. Je vous indiquai alors le remède de cette affection, remède bien simple d'ailleurs. Un petit bout de taffetas rouge appliqué *loco dolenti*, une ou deux lignes d'ordonnance griffonnées sur papier spécial, et voilà le malade immunisé pour la vie.

« Mon Dieu, ce n'est pas que l'affection soit grave; on a vu cependant des gens qu'elle rendait fort malades. Très rebelle dans certains cas, elle passe volontiers à la chronicité. Elle se caractérise alors par un véritable délire de la persécution. C'est d'ordinaire sur les gens au pouvoir que pleuvent les récriminations des pauvres oubliés.

« Si indulgent qu'on puisse être pour ceux qui souffrent, je comprends mal qu'on médise du gouvernement à propos des décorations. Sans doute, son choix n'est pas toujours heureux, heureux; mais voilà-t-il pas une sotte querelle! Les décorations, c'est un peu comme les papillons. Il en est d'assez malins pour se poser sur les vraies fleurs; il en est d'autres, plus fantaisistes, qui volettent n'importe où et se fixent au hasard sur le moindre brin d'herbe.

« Ne vaut-il pas mieux qu'il en soit ainsi? D'abord, à ne décorer que le vrai mérite on s'exposerait à mécontenter ceux qui en manquent. Or, dans les démocraties, il faut toujours se garder de mécontenter les majorités. D'autre part, certains trouvent un réconfort à voir émerger les médiocres. Si Un Tel « l'a été », se disent-ils, c'est que je puis l'être, moi aussi. Et ce petit raisonnement apaise leur fièvre jusqu'aux prochaines nominations.

« Donc, j'admets qu'on décore ses amis et les amis de ses amis. J'aimerais cependant voir davantage récompenser les gens réellement méritants. Ce serait un bon moyen d'obtenir des promotions homogènes. D'un côté, on aurait la foule des sportulaires, de l'autre les rares élus qui ne se recommandent que par leur œuvre. Ceux-ci feraient passer ceux-là, et ainsi la balance serait en équilibre. Ce n'est pas ce qui a toujours lieu, hélas!

« Ainsi, tenez, je me trouvais l'autre soir dans une réunion en face de M. Gombault, médecin de l'hôpital d'Ivry. Vous connaissez tous le « père Gombault », ce brave homme si modeste. Il était là, se faisant tout petit, petit. Avec ses lunettes relevées sur le front, ses yeux narquois et sa barbe un peu rebelle, il me rappelait ces Bénédictins dont on parle dans les vieux livres. Autour de lui évoluaient des collègues, des élèves, tous décorés, lui pas. Voyons, est-ce juste? Je suis bien à mon aise pour vous entretenir du père Gombaud. Chétif et obscur, je n'ai sur lui qu'un avantage, c'est de le connaître et de l'estimer alors qu'il m'ignore de tous points. Ce n'est donc pas par intérêt ou par parti pris que je parle. Mais toute la vie de cet « honneste homme », comme on disait jadis, n'est-elle pas là pour le mettre en relief?

« Vous rappellerai-je son œuvre, ses études sur les cirrhoses biliaires expérimentales, sur les néphrites saturnines, et tout le chapitre des névrites, névrites périphériques des vieillards, névrites segmentaires périaxiles, etc., etc.? J'en passe forcément. Celui-là ne sut jamais faire valoir ses travaux. Quand il a trouvé quelque chose d'intéressant, il le dit aussi simplement que possible, puis il poursuit sa route. Ah! ce n'est pas lui qui tira jamais mille moutures du même sac et réussit à faire prendre un simple procédé de technique pour une découverte géniale.

« Que dire aussi de son enseignement? Combien de générations d'étudiants ont passé par son laboratoire! Aucun Maître plus zélé que celui-là! En Allemagne il serait « herr professor » et même davantage. Chez nous, on l'estime, et c'est tout. Ce n'est pas mal, mais on pourrait chercher mieux.

« Ayant fait deux parts de sa vie, l'une pour son laboratoire et ses élèves, l'autre pour son hôpital, il relève ainsi de deux ministères. Comme cela eût été simple, soit à l'Instruction publique, soit à l'Intérieur, de se dire : Tiens! nous allons décorer le père Gombault. Voilà une croix qui sera bien portée. De celle-là au moins on ne dira pas qu'on nous l'a arrachée avec de belles paroles. Malheureusement, cette idée n'a encore germé dans la cervelle d'aucun rond-de-cuir. Comme le père Gombault est un timide et qu'il ignore l'intrigue, on le laisse dans son coin, tout bonnement.

« Vous allez me dire que ça lui est bien égal. En dehors de ses devoirs professionnels, une bonne pipe, quelques parties de chasse, telles sont les seules passions de ce sage; il n'en demande pas plus. D'accord. Ce sont de bonnes raisons pour lui; elles ne devraient pas suffire à ceux qui, de par les hasards de la politique, sont chargés de récompenser le vrai mérite. Allons! décorez-nous le père Gombault; et aussi, — quand on prend du ruban on n'en saurait trop prendre, — pendant que vous y serez, n'oubliez pas M. le professeur Renaut, de Lyon, encore un anatomo-pathologiste dont l'œuvre est considérable. Si je ne cite que son *Traité d'histologie* récemment paru, c'est simplement faute de place; mais lui aussi est digne de votre attention. Encore une fois, décidez-vous, Messieurs les Ministres. Cela nous fera tant plaisir... et cela vous coûte si peu! » — F. H.

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# TOXICOLOGIE

## Des empoisonnements causés par les champignons

Par M. Pouchet,
*Professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine(1).*

L'étude des modificateurs du système nerveux périphérique m'amène à vous parler aujourd'hui de la muscarine. Parmi toutes les substances auxquelles on peut attribuer la toxicité de certains champignons, seule, jusqu'à présent, la muscarine a pu être isolée et caractérisée; aussi, je préfère étendre le cadre de cette étude et vous entretenir de l'empoisonnement causé par les champignons.

La question peut passionner à bon droit les toxicologues et les hygiénistes, mais son côté social, si je puis m'exprimer ainsi, n'est pas le moins intéressant.

C'est qu'en effet, les champignons pourraient jouer un rôle important dans l'alimentation du pauvre; et, si leurs propriétés alibiles ne sont pas plus souvent utilisées, je dois avouer que ce résultat est dû, en grande partie à l'ignorance de beaucoup. En grande partie seulement, parce que la toxicité des champignons soulève des problèmes d'un autre ordre.

J'ai, sur ce sujet, des idées particulières, idées que j'aurai l'occasion de vous exposer au cours de cette leçon et que je crois suffisamment étayées sur des preuves expérimentales pour pouvoir leur donner maintenant droit de cité devant la science. Si j'avais à donner une définition de champignons, je ne saurais mieux faire que de les appeler de grosses bactéries ou mieux des colonies bactériennes. Comme les bactéries, en effet, les champignons constituent de puissants agents de transformation de la matière organique en décomposition et hâtent considérablement le retour des substances organiques aux combinaisons simples susceptibles d'être utilisées, dans la suite, par les plantes et d'être ainsi ramenées dans le *circulus vitæ*.

Les champignons transforment des résidus inacceptables pour le tube digestif de l'homme, en substances alibiles, savoureuses ; et il nous est facile de voir que, par sa teneur en azote et en carbone, le tissu du champignon ne le cède presque en rien à la viande de boucherie.

La composition moyenne d'un champignon nous permettra de le constater. Les champignons renferment de 90 à 92 0/0 d'eau, et en matière sèche : 7 1/2 0/0 d'azote et 50 0/0 de carbone. La proportion d'azote est certainement inférieure à la proportion que peut renfermer la viande, mais il ne faut pas perdre de vue que cet azote constitue une matière albuminoïde extrêmement assimilable.

Pourquoi cette source d'alimentation est-elle délaissée par les classes pauvres ? Cela tient à un ensemble de faits parmi lesquels je vous citerai la difficulté, bien qu'en aient dit bon nombre d'auteurs, que présente la différenciation des espèces bonnes d'avec les mauvaises et à l'ignorance des classes éclairées sur les propriétés de certaines espèces qui ne sont jamais toxiques. J'insiste à dessein sur cette propriété de certains champigmons, je vous l'expliquerai dans la suite. Il existe également un autre écueil; c'est que la chair des champignons est plus ou moins rapidement assimilable à une viande faisandée. On sait en effet que le faisandage du gibier peut rendre la viande plus digestible, mais qu'en même temps que cette qualité lui est donnée, cette viande peut acquérir des propriétés nocives dues à la présence de toxines dans les mailles de son tissu. Or, nous pouvons constater l'éclosion de phénomènes du même ordre avec les champignons; s'il leur est possible, avec des déchets, d'élaborer des substances alimentaires, ils peuvent également avec ces mêmes déchets faire la synthèse de substances toxiques.

L'importance sociale de cette étude mycologique trouve sa justification dans ce fait d'observation constaté par tous ceux qui se sont occupés d'hygiène alimentaire, que là où une nourriture abondante et riche remplace une alimentation insuffisante et pauvre, des hommes intelligents, forts et productifs remplacent de pauvres hères maladifs et inféconds.

Les champignons sont des stimulants généraux de l'organisme, la truffe, par exemple, est un cordial, un corroborant, un aphrodisiaque et cette vertu « qui a beaucoup de dévots et peu de contempteurs » n'est pas à dédaigner, car l'aphrodisie produite par l'ingestion de champignons est de bon aloi, d'ordre physiologique, tandis que l'aphrodisie obtenue par l'emploi de substances médicamenteuses rentre dans le domaine de la pathologie.

Quels sont les caractères des bonnes et des mauvaises espèces ? La crédulité populaire, les préjugés de la foule leur en ont donné beaucoup. Les bons ne noirciraient pas les pièces d'argent, les cuillers de métal, avec lesquelles on vient à les mettre en contact, les mauvais, par contre, se conduiraient d'une façon toute opposée : aux caractères précédents les mauvaises espèces joindraient ceux de colorer en noir le suc d'oignon, de cailler le lait, de croître à l'ombre des bois épais et d'être dédaignées par les animaux.

Il est temps de faire définitivement justice de tous ces préjugés : je me bornerai à vous faire remarquer que la répulsion des animaux pour les espèces toxiques est un fait complètement faux, faux à ce point que les espèces les plus dangereuses, telles que l'amanite bulbeuse, servent d'aliment aux limaces et aux insectes inférieurs.

Les différentes familles, les différents genres comprennent tous des espèces alimentaires à côté d'espèces vénéneuses. Dans la série des amanites, l'oronge vraie végète aux côtés de la fausse oronge, qualifiée au moins de suspecte : je reviendrai, plus tard, sur ce terme pour vous mon-

(1) Nous sommes heureux de publier son travail très intéressante pour la pratique médicale, et nous remercions sincèrement M. le professeur Pouchet d'avoir bien voulu donner son travail à la Rédaction du *Journal des Praticiens*.

Digitized by Google

trer que, dans certaines circonstances, des champignons déterminés peuvent être indifférents, alors que, dans d'autres circon tances, ils peuvent constituer des espèces fort dangereuses.

S'il nous est permis de regarder l'*Amanita muscaria* comme suspecte, nous n'aurons aucune réserve à observer, quand nous traiterons de toxique l'amanite phaloïde, l'amanite mappa et différentes amanites bulbeuses.

Dans la classe des bolets, le cèpe ou *Boletus edulis* se trouve aux côtés du « *B. satanas* » éminemment toxique : Aux côtés du *Lactarius deliciosus* croit le *Lactarius piperatus*.

S'il est possible à un œil exercé et à une intelligence sagace de pouvoir saisir la différence que présentent les espèces bonnes ou toxiques, telles que les tableaux, mis sous vos yeux, vous les montrent, je ne crois pas toutefois qu'il soit facile à tout venant de saisir les caractères extérieurs de ces champignons et d'en faire un choix judicieux.

La qualification de champignon *suspect* qui accompagne la description de la fausse oronge tient à ce fait que bon nombre d'observateurs prétendent, et avec raison, que l'ingestion de ce champignon n'est suivi d'aucun phénomène d'intoxication, alors que d'autres observateurs affirment, et cette affirmation est prouvée par les faits, que sa consommation par l'homme présente de très grands dangers.

La différence d'appréciation des propriétés de ce champignon me permet, Messieurs, d'attirer votre attention sur ce fait : que la toxicité de certaines espèces est variable, qu'elle peut tenir à la nature du terrain qui influe probablement sur l'élaboration des produits formés par l'activité vitale du végétal, au cours de son existence, comme la nature du milieu de culture d'une bactérie influe sur sa virulence.

Prenez le bacille typhique le plus virulent, tel que pourra vous le fournir la rate d'un individu atteint de fièvre typhoïde grave; mettez-le dans certains milieux appropriés, le bacille perd sa virulence, va devenir en apparence une bactérie inoffensive.

A mon avis, pour essayer d'expliquer l'action toxique des champignons, il faut tenir compte de la présence, dans leur tissu, de ces produits mal connus, souvent mal étudiés, désignés sous le nom de toxines.

De même qu'il existe des bactéries qui ne sauraient jamais devenir virulentes, vous rencontrerez des champignons toujours comestibles : à des bactéries toujours virulentes, vous pourrez opposer des champignons toujours toxiques; à côté d'espèces suspectes prennent place des bactéries quelquefois virulentes, dans certaines conditions déterminées.

Les preuves de la présence de toxines dans les champignons abondent. Dans les Vosges, l'amanite tue-mouche macérée dans de l'eau vinaigrée, puis bouillie dans le même liquide, n'est jamais toxique. De même, le liquide, dans lequel une bactérie a vécu, chauffé avec du vinaigre, peut devenir inoffensif.

Le suc de l'*Amanita muscaria* privé, par coagulation, de ses matières albuminoïdes n'est plus toxique : évaporé à basse température, il donne, par contre, un extrait doué des propriétés du suc entier.

Ces faits ne sont-ils pas de même ordre et ne permettent-ils pas d'assimiler une fois de plus les champignons aux bactéries?

On pourrait ajouter à ces preuves le fait suivant, qui vient encore à l'appui de mon interprétation : l'injection sous-cutanée du suc de certaines espèces nuisibles fait périr les animaux inférieurs, qui se nourrissent impunément de ces mêmes espèces alors que l'injection du suc des champignons comestibles ne détermine chez eux aucun accident.

D'autre part, des espèces à peu près inoffensives ou ne produisant que des troubles légers ou passagers, quand elles sont consommées immédiatement après leur récolte, deviennent toxiques quand elles sont absorbées au bout de fort peu de temps.

De plus, lorsqu'on compare les symptômes d'empoisonnement déterminés par certaines espèces de champignons avec ceux que provoquent des viandes altérées, on est frappé de leur grande analogie.

Il nous est possible d'interpréter ce second ordre de faits en admettant que, si le champignon ne fabrique pas ou n'a pas fabriqué, au cours de sa végétation, les toxines qu'il renferme, tout au moins, la trame de son tissu doit constituer un milieu très favorable pour la culture des bactéries capables de produire des toxines.

L'action la plus générale exercée sur l'organisme par les champignons toxiques, se traduit par une irritation plus ou moins violente de la muqueuse digestive : le système nerveux n'intervient guère dans la manifestation des phénomènes toxiques, qu'autant que la muscarine se trouve dans la chair du champignon ingéré. Il existe toujours une certaine constance dans la marche générale de l'intoxication : les variations qu'on peut observer dans certaines manifestations peuvent, il est vrai, être dues à la présence ou à l'absence de muscarine, mais d'autres facteurs peuvent intervenir également.

J'ai repris, depuis quelque temps, l'étude des principes toxiques élaborés par certains champignons; or, j'ai en mains, à l'heure actuelle, une substance très toxique, se rapprochant peut être de ces oxybétaines, que j'ai isolées autrefois, des viandes putréfiées : elle possède sur le cœur de la grenouille une action très intense et diffère de la muscarine par toutes ses propriétés.

Je crois, Messieurs, que la comparaison que j'ai établie entre les bactéries et les champignons est justifiée par tous les faits que je viens de relater, et que la dénomination de grosse bactérie ou mieux de colonie bactérienne,

Digitized by Google

appliquée par moi aux champignons, est très acceptable.

Je vous entretiendrai surtout des empoisonnements causés, plus spécialement, par les champignons du genre amanite, parce que ce genre de la famille des agaricinées fournit la seule substance toxique bien étudiée jusqu'alors et parce qu'il est la source la plus fréquente des empoisonnements dus à des méprises : les auteurs s'accordent, en effet, pour reconnaître que 90 0/0, au moins, des cas d'empoisonnement par les champignons sont attribuables à des espèces du genre amanite (90 0/0 des cas relatés).

Leur aspect élégant, leur odeur peu sensible ou même agréable, leur saveur douce et faible ou fine et parfumée, la tolérance très longue de l'estomac pour leur tissu, parfois même la digestion complète de ces champignons, effectuée avant l'apparition des symptômes d'intoxication, peuvent très facilement conduire aux méprises les plus dangereuses.

Comme caractères généraux, ces champignons présentent un chapeau charnu, un stipe fibrocharnu et, en dessous du chapeau, des lames assez molles, larges, membraneuses, dédoublables : leur régularité, l'élégance de leur port font ressortir une taille au-dessus de la moyenne.

Comme caractères particuliers, ils offrent une volva, au sein de laquelle se développe l'amanite; sa rupture s'effectue différemment, suivant la solidité de la texture de la volve et aussi suivant la forme et la viscocité du chapeau. Au moment de la rupture de la volve, l'oronge vraie prend l'apparence d'un œuf sorti de sa coque, tandis que le chapeau de la fausse oronge montre des débris disséminés de sa volve, qui lui donnent l'aspect lardacé.

Le stipe de ces champignons peut être involvé, engainé ou muni d'une collerette, parfois entouré d'un sac, ou présentant à sa base une bordure, simple ou à plusieurs rangs, entière ou laciniée, écailleuse ou squameuse.

Les principaux représentants de ce groupe sont : l'oronge vraie, *Amanita cæsarea, cibus deorum*, la fausse oronge, *Amanita muscaria*, à vénénosité variable, l'*Amanita phalloïdes*, l'*A. virosa*, l'*A. pantherina*, l'*A. mappa*.

Les espèces non toxiques sont particulièrement savoureuses et alibiles; les espèces toxiques amènent l'éclosion de symptômes assez analogues, mais différents de ceux produits par les espèces toxiques d'autres familles; ce qui les différencie surtout, ce sont leurs effets stupéfiants, qui viennent s'ajouter au cortège banal des symptômes produits par tous les champignons vénéneux.

La symptomatologie en usage dans la pratique médicale est bien loin encore d'être assez avancée, d'être assez analytique pour pouvoir servir à la détermination d'espèces chimiques très voisines, comme le sont très probablement celles fournies par les champignons. Il faudrait pouvoir connaître exactement l'action de chaque poison sur chaque tissu, sur chaque élément anatomique ; car la ressemblance des symptômes qu'on peut observer peut être la résultante d'un ensemble complexe.

On a voulu tabler sur le fait que différentes espèces de plantes, à organisation compliquée, n'élaborent jamais le même poison pour admettre qu'il en était de même pour les champignons. Ce fait paraît être vrai pour les plantes à organisation superieure, mais il est loin d'être démontré pour les organismes mono cellulaires. Si on voulait pousser ce raisonnement à l'extrême, on se trouverait conduit à admettre que certains principes immédiats particuliers doivent être la conséquence de la vie de chaque cellule spéciale.

On ne possède jusqu'ici, au sujet de la toxicité des amanites, qu'un très petit nombre d'expériences positives et scientifiquement conduites. Réveil a dressé le tableau suivant, qui reproduit les résultats d'un certain nombre d'expériences faites sur des moineaux, avec des amanites d'espèces différentes :

| Moineaux ayant absorbé 2 grammes des champignons. | MORT APRÈS MINUTES I | II | III |
|---|---|---|---|
| Amanite panthère..... | 19 | 21 | 16 |
| Amanite ciguë..... | 24 | 23 | 19 |
| Amanite bulbeuse blanche (virosa). | 32 | 29 | 24 |
| Amanite bulbeuse jaune (mappa)... | 27 | 32 | 26 |
| Amanite tue-mouches..... | 41 | 62 | 39 |
| | chapeau | stipe | lames |
| *Amanita muscaria* adulte..... | 47 | 23 | 39 |
| — — vieille ..... | 33 | 62 | 31 |
| — — très jeune..... | 79 | 91 | 57 |

De ces expériences, il résulte que l'*A. phalloïdes* et l'*A. pantherina* constituent les deux espèces les plus vénéneuses : 1 gramme de l'un ou de l'autre de ces deux champignons suffit à tuer un moineau, tandis qu'il faut environ 3 grammes de l'*A. muscaria* pour arriver au même résultat. Les lames paraissent être la partie la plus active de la plante.

J'ai déjà appelé, tout à l'heure, votre attention sur la variabilité de toxicité de l'*A. muscaria*. Elle n'est pas la seule espèce, soit dans la famille des agaricinées, soit dans toute autre famille de champignons, à la suite de la description de laquelle on ait l'étonnement de lire la qualification de « suspect ou douteux ». Je n'ai pas à revenir ici sur l'interprétation que j'ai développée, tout à l'heure, et qui me fait croire que ces espèces peuvent être tantôt toxiques, tantôt inoffensives, suivant que les synthèses qui se sont effectuées au cours de la végétation auraient donné naissance à des toxines ou, au contraire, n'auraient pas permis la formation de ces produits.

Pour ce qui regarde l'*Amanita muscaria*, les observateurs les plus dignes de foi l'ont, à maintes reprises, signalée, les uns comme tout à fait inoffensive, les autres comme suspecte, d'autres enfin, comme constamment toxique. Et en réalité, il existe de nombreux accidents graves et même mortels, par suite de la confusion de cette espèce avec l'oronge vraie et il existe, d'autre part, de nombreux exemples de l'usage alimentaire de l'*Amanita muscaria*,

Digitized by Google

sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient (1).

Les tentatives d'analyse immédiate de l'amanite remontent à Letellier : il isola du champignon une substance très soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool absolu, insoluble dans l'éther, les huiles, et qu'il appela « Amanitine », substance déterminant, comme effets physiologiques, l'abolition de la sensibilité et de la motricité ; elle était unie, d'après le même auteur, à une substance âcre, irritante, résistant à la coction.

Plus tard, Boudier regarda comme principe actif de l'amanite une substance précipitant, par le tannin et l'iodure de potassium ioduré.

Les recherches de Cordier et de Réveil ne confirmèrent pas les découvertes de Boudier, en ce qui concerne l'action du tannin. Réveil isola, pour sa part, trois substances :

1° Une substance volatile, odorante, à laquelle le champignon doit son fumet, très fugace, soluble dans l'éther, assez toxique. Expérimentée chez la grenouille, elle détermine des vertiges, des tremblements, une excitation intense suivie de dépression profonde; sous son action, on constate l'abolition de la sensibilité, tandis que la motricité nerveuse et musculaire restent intactes. Sous son influence, les cobayes et les lapins succombent rapidement dans un état comateux.

2° Un produit soluble dans l'eau, actif sur le cœur, substance à action stupéfiante qui, par sa quantité, son activité, sa toxicité, rend les amanites redoutables et se rapproche de l'amanitine de Letellier.

3° Un principe résineux, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau, maintenu en solution dans le suc du champignon par les matières extractives, principe irritant, phlogogène.

Mais c'est surtout à Schmiedeberg et à Koppe qu'on doit une analyse complète des principes de l'amanite. Deux alcaloïdes, d'après eux, se rencontrent dans la plante, la muscarine ou oxynévrine et l'amanitine, principe bien défini et différent par ses caractères de l'amanitine de Letellier. On les sépare en utilisant des propriétés physiques différentes de leurs chlorhydrates et mieux encore, des chloraurates : le chlorhydrate d'amanitine cristallise facilement, tandis que celui de muscarine est déliquescent.

Les symptômes de l'empoisonnement éclatent tardivement, dans un laps de temps compris entre 4 et 48 heures, (le plus souvent de 10 à 18 heures) après l'ingestion de la chair du champignon. Ce début tardif impose au médecin une ligne de conduite dont il ne doit pas se départir.

A ces malades dont le torrent circulatoire charrie depuis plusieurs heures, les principes toxiques du cryptogame, n'allez pas administrer un vomitif, de l'émétique, par exemple, car à l'hyposthénie produite par le cryptogame, vous allez ajouter l'action hyposthénisante de l'émétique.

L'excitation violente de la muqueuse gastro-intestinale, déterminée par la substance irritante, se traduit par des déjections multipliées qui, d'abord, vident le tube digestif et qui bientôt deviennent glaireuses et sanguinolentes : des douleurs atroces les accompagnent. Puis le malade tombe dans le collapsus causé par la dépense considérable de force nécessitée par les contractions. C'est à ce moment que les manifestations stupéfiantes apparaissent; elles se traduisent d'abord par de l'excitation, des phénomènes analogues à ceux de l'ivresse, puis par des vertiges, du tremblement, de la titubation; la respiration est haletante; le cœur a des irrégularités; le malade a des syncopes. On note des modifications de la pupille, des troubles de la vue, de l'aberration intellectuelle, du délire gai ou furieux, un état de stupeur profonde : la face est pâle, une sueur froide couvre le corps, le pouls se ralentit considérablement; la température s'abaisse quelquefois de 3 à 4 degrés; la mort survient dans le coma au bout de 1 à 5 jours. Pendant la période d'évolution de ces accidents graves, l'anurie est à peu près absolue.

Très fréquemment, quand le malade guérit, la persistance des phénomènes de gastro-entérite est difficile à vaincre.

On peut constater, dans l'évolution de ces phénomènes, des variations dues à l'espèce, à son degré de développement, à la préparation culinaire qu'on lui a fait subir, à la dose ingérée, enfin à l'âge de l'individu intoxiqué. Il n'est pas rare, dans une famille empoisonnée par des champignons, de voir de jeunes enfants morts avant que l'adulte, qui doit succomber dans la suite, ait ressenti les premiers symptômes de l'intoxication.

Les lésions anatomiques, que l'autopsie peut révéler, se rapprochent beaucoup de celles que peuvent déterminer des maladies zymotiques.

La décomposition du cadavre est hâtive. L'estomac et le tube digestif sont distendus par des gaz fétides : la muqueuse gastro-intestinale présente une teinte violacée, uniforme, s'affaiblissant vers le cœcum et disparaissant dans le gros intestin que l'on trouve généralement vide et pâle. Des taches ecchymotiques, parfois même des plaques gangréneuses, s'observent disséminées dans l'estomac et le tube digestif. Le foie, quelquefois énorme, est décoloré, ramolli. La rate est très congestionnée. Les poumons engoués sont le siège d'infiltrations sanguines. Le cœur, d'une flaccidité remarquable, se montre gorgé de sang noir et fluide.

(1) Bulliard dit en avoir mangé deux onces sans inconvénient. Desmartiz assure que les paysans du Bordelais la consomment couramment après l'avoir fait griller sur des charbons ardents. Leclerc (de Tours) rapporte, dans la *Gazette des Hôpitaux*, qu'en Crimée, il a suppléé, pour lui et ses soldats, au manque de légumes par des salades de champignons, au nombre desquels se trouvait l'amanita muscaria. Je tiens de source fort autorisée que dans certaines parties des Vosges, on fait un usage courant de ce champignon, après macération dans le vinaigre et sans rejeter le liquide de macération. Je m'empresse de déclarer que je m'abstiendrai absolument de l'usage de cette espèce.

Digitized by Google

En énumérant toutes ces lésions, ne diriez-vous pas que le malade a succombé à une pneumonie infectieuse, à du typhus, à une pneumo-entérite ? Ces altérations d'un organe ou d'un tissu sont banales, en effet avec la plupart des toxines.

Parfois l'intestin renferme des débris de champignons : la découverte de ces débris présente une très grande importance au point de vue médico-légal. En effet, que l'empoisonnement soit dû à une toxine ou à la muscarine, la recherche chimique de ces poisons est impossible et, pour pouvoir établir le diagnostic, il est nécessaire de rechercher soit parmi les matières trouvées dans l'intestin soit dans les déjections, les éléments anatomiques des champignons.

Boudier a démontré que la cuction n'altérait pas la forme des cellules, surtout celle des spores. Je vous ai fait représenter sur le tableau que je mets ici sous vos yeux des cellules de l'hyménium portant encore leurs spicules, des cellules du chapeau et des spores de différentes espèces soumises à la cuisson. J'appelle particulièrement votre attention sur la forme apiculée des spores, forme qui se conserve très bien et qui constitue un des éléments principaux du diagnostic. Vous pourrez constater que l'action de la chaleur n'a pas sensiblement altéré leur forme, mais il ne faudrait pas en déduire que la recherche de ces éléments histologiques au milieu de débris alimentaires de toute nature n'offre aucune difficulté. Je ne saurais trop insister sur le côté délicat de cette recherche qui est le seul point de repère du médecin légiste.

La constitution chimique de la muscarine explique la facilité avec laquelle elle peut se dédoubler et, par suite, l'impossibilité de la retrouver dans les viscères d'un individu mort intoxiqué par des champignons.

On sait actuellement qu'elle rentre dans le groupe des bétaines. D'après Schmiedeberg et Koppe, elle prendrait naissance dans le tissu du champignon aux dépens de l'amanitine, corps isomère de la choline. L'extraction de cette base constitue une opération des plus délicates, dont je ne vous retracerai pas ici les différentes phases. Qu'il mr suffise de vous rappeler ses principales propriétés.

La muscarine constitue une base déliquescente, présentant, même pour l'acide carbonique, d'assez fortes affinités : elle forme avec les différents acides des sels déliquescents, comme la base. Elle est insoluble dans l'éther, insoluble également dans le chloroforme ; par contre, elle se dissout facilement dans l'eau ce qui permet d'expliquer avec quelle facilité elle s'absorbe et par suite peut devenir la source d'accidents graves, d'autant plus graves qu'elle manifeste son action physiologique à doses très faibles ; cinq milligrammes, en effet, peuvent déjà produire chez l'homme des symptômes alarmants.

Elle s'élimine par l'urine, mais, chose remarquable, alors qu'elle constitue pour toutes les sécrétions, qu'il s'agisse de la salive, du suc gastrique, du suc intestinal, des larmes ou du mucus bronchique ou de la bile, un puissant excitant, elle tarit la sécrétion urinaire. Cette action spéciale de la muscarine sur l'appareil rénal nous permet de comprendre pourquoi l'anurie est à peu près absolue, pendant la période d'évolution des accidents graves de l'intoxication par les champignons du groupe amanite.

A doses considérables, elle détermine des secousses musculaires et des contractions tétaniques. Elle produit également des contractions spasmodiques intenses des fibres musculaires lisses de la vessie, de l'intestin et de l'estomac.

L'action de la muscarine sur les sécrétions a surtout été mise en évidence par les recherches de Prevost, de Genève.

Dans une série d'expériences fort bien conduites, Prevost a démontré :

1° *L'action sur les sécrétions biliaire et pancréatique.* Les expériences furent effectuées sur des chiens. En pratiquant une incision longitudinale du du odénum, Prevost mit de la sorte à nu l'ouverture des canaux pancréatique et biliaire dans l'intestin. Le savant suisse put constater ainsi que, sous l'influence d'une injection de quelques milligrammes de muscarine, la sécrétion biliaire fut considérablement accrue. « La bile, dont l'écoulement était faible avant l'injection de muscarine, dit-il dans son mémoire, s'écoulait à flots de suite après cette injection. » Dans les mêmes conditions, la sécrétion pancréatique augmentait notablement.

2° *L'action sur la sécrétion urinaire.*

Cette action fut constatée par l'expérience suivante faite sur un lapin. Prevost pratiqua une incision longitudinale sur la ligne médiane de la paroi abdominale au-dessus du pubis : puis la vessie attirée au dehors par cette incision fut fendue, et les bords de la vessie furent suturés des deux côtés aux lèvres de la plaie abdominale.

Cette opération amena une exstrophie artificielle de la vessie et lui permit de constater qu'à l'état normal son lapin laissait écouler alternativement l'urine, à intervalles de plusieurs secondes, par chaque uretère, sous forme de petites éjaculations, coïncidant avec la terminaison de la contraction vermiculaire de l'uretère. L'écoulement de l'urine par les deux uretères habituellement alternatif devenait parfois simultané. Chez ce lapin, de sept à dix écoulements des uretères s'effectuaient par minute. Dans ces conditions, Prevost put facilement apprécier que l'injection de muscarine pratiquée sur l'animal en expérimentation diminuait l'excrétion urinaire et venait même à la tarir presque complètement quand la dose était suffisante.

3° *L'action sur la sécrétion salivaire* qui peut se démontrer en pratiquant une injection locale dans les artères de la glande sous-maxillaire : cette injection de muscarine amène une abondante salivation.

4° *L'action de la muscarine sur la sécrétion intestinale,* qui peut être mise en évidence en pratiquant une injec-

Digitized by Google

tion de la substance active dans le bout périphérique d'une branche de l'artère mésentérique : on observe alors dans l'anse correspondante la production de contractions vermiculaires tétaniformes.

Au sujet de l'action de la muscarine sur la sécrétion salivaire des expériences d'un autre genre ont été effectuées. On a pu constater, par exemple, qu'à des chats chloralisés, auxquels une injection de 0,001 à 0,005 milligrammes d'atropine avait été pratiquée, il était nécessaire d'administrer de 10 à 20 centigrammes de muscarine pour déterminer une excrétion salivaire identique à celle qu'aurait produite sur l'animal sain une faible dose de muscarine. Cette expérience démontre, une fois de plus, Messieurs, un fait sur lequel j'ai eu déjà l'occasion d'attirer votre attention.

Lorsqu'une substance toxique a eu le temps nécessaire d'imprégner une cellule de l'organisme, il faut le plus souvent des doses considérables de la substance, qu'on regarde comme son antagoniste, pour annihiler cette action.

Or, il résulte des expériences de Prevost que 2 milligrammes de sulfate d'atropine demandent pour être neutralisés, 76 centigrammes de muscarine, alors que, dans des conditions ordinaires, 1 milligramme de cette même muscarine est suffisant pour produire des accidents.

Bien plus, chez un animal qu'on vient d'intoxiquer avec de la muscarine, 5 milligrammes d'atropine suffisent pour suspendre l'action préalable de la muscarine, mais si, à ce moment, l'expérimentateur désire faire éclater, de nouveau, les phénomènes d'intoxication, produits par la muscarine, il lui faudra administrer à l'animal la dose énorme de 2 gr. 20 de cet alcaloïde.

Ces chiffres sont intéressants, Messieurs, car ils nous démontrent que, dans la pratique de la thérapeutique, il nous faudra renoncer au fallacieux espoir de pouvoir combattre avec la muscarine l'empoisonnement causé par l'atropine et réciproquement. Un pareil traitement ne serait justifiable qu'autant que la dose de l'antagoniste ne devienne pas toxique; or, les expériences de Prevost démontrent que les doses non toxiques de muscarine ne sauraient enrayer la marche d'une intoxication produite par l'atropine.

Les effets les plus frappants de la muscarine sur le cœur et la circulation se traduisent par du ralentissement et l'arrêt du cœur en diastole. Une injection de 1/20 de milligramme de muscarine pratiquée chez une grenouille donne très facilement ce résultat. L'arrêt du cœur a lieu même après la section des pneumogastriques et il reste excitable après cet arrêt.

L'atropine s'oppose à cette action : il est facile de le démontrer.

Mettez à nu le cœur d'une grenouille qu'une injection de muscarine vient d'arrêter; laissez tomber sur ce cœur une goutte d'une solution d'atropine, vous verrez rapidement reparaître les contractions cardiaques. L'éserine, la vératrine, la digitaline agissent plus ou moins de même; la digitaline surtout, dont l'action sur le cœur est absolument opposée à celle de la muscarine. La digitaline arrête en effet le cœur en systole et, après l'arrêt, le cœur reste inexcitable.

J'insiste à dessein sur l'action de la muscarine sur l'élément cardiaque : c'est qu'en effet, sur les tracés que je mets sous vos yeux, tracés obtenus avec différentes substances extraites de Lactaires, de Cortinaires et d'autres champignons toxiques, vous pourrez voir l'arrêt du cœur produit en systole, et ce cœur devenu inexcitable, ce qui éloigne d'emblée la présence possible de muscarine dans ces substances.

Cette action de la muscarine sur le cœur peut s'interpréter en admettant une action excitante sur les nerfs d'arrêt du cœur et par une action dépressive sur la contractilité du myocarde. Elle exerce une action probable sur les centres nerveux intrinsèques; l'action paralysante continue à s'exercer sur les ventricules séparés des oreillettes.

Elle diminue l'activité fonctionnelle du système nerveux central et le paralyse rapidement : ce qu'on observe surtout dans les empoisonnements causés par les champignons du groupe Amanite.

Elle abaisse l'excitabilité du système nerveux périphérique et possède une action paralysante sur les vasomoteurs; la vaso-dilatation qui en résulte peut être mise en évidence par l'expérience faite sur l'oreille du lapin.

Sous son influence, la tension sanguine, d'abord abaissée, subit un relèvement passager; puis, survient la vasodilatation périphérique qui peut se traduire par des ecchymoses, des pétéchies.

La respiration d'abord accélérée est ensuite ralentie. La pupille présente de prime abord un spasme d'accommodation; plus tard, on note de la contraction pupillaire. A ce propos, je vous signalerai la différence d'action de l'eserine et de la muscarine. La muscarine diminue l'amplitude de l'accommodation, rapproche le punctum remotum, par suite d'un spasme du muscle cilcaire et, plus tard, si elle a été administrée à dose suffisante, le punctum proximum.

L'eserine, par contre, augmente l'amplitude de l'accommodation, sans spasme, et rapproche le punctum proximum.

Je vous ai exposé l'antagonisme qui existe entre l'atropine et la muscarine. Qu'il me suffise ici de vous rappeler qu'une petite dose d'atropine équivaut à une dose forte de muscarine et que, sous l'influence de cette petite dose, on voit les contractions cardiaques se ranimer, la tension remonter, la température se relever, les mouvements respiratoires augmenter, la tension sanguine se relever, les sécrétions se ralentir, la sécrétion urinaire se rétablir.

Pour terminer, Messieurs, je vous dirai qu'on a constaté dans des champignons vénéneux (du groupe des Amanites tout au moins) à côté de la muscarine, la présence de

Digitized by Google

névrine, de choline, tous produits de sécrétion habituelle d'un assez grand nombre de bactéries. Ces faits joints à ceux que j'ai eu à vous exposer, au cours de cette leçon, constituent, pour moi, des preuves suffisantes pour justifier une fois de plus le rapprochement que j'ai établi entre les champignons et les bactéries, au point de vue de la formation de substances toxiques du groupe de ces produits encore insuffisamment déterminés auxquels on a appliqué la dénomination de toxines.

# THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## Traitement médical du chalazion

par le Dr A. Trousseau
*médecin de la clinique des Quinze-Vingts*

Le chalazion, appelé improprement kyste de la paupière, est une petite tumeur qui siège dans le tarse et fait saillie sur la peau ou sur la conjective, parfois des deux côtés en même temps. Il est, en général, de la grosseur d'un petit pois, mais peut prendre un volume beaucoup plus considérable.

Souvent torpide, il peut aussi réactionner violemment au point d'amener de la rougeur, du gonflement, voire même de l'œdème des paupières.

Il récidive et se multiplie si souvent que les patients se montrent très affectés par sa présence et se découragent volontiers des traitements chirurgicaux ordinairement mis en pratique.

Il est donc intéressant d'étudier le traitement médical de cette ennuyeuse affection et de rechercher les moyens d'en prévenir le retour.

Je crois qu'un chalazion unique qui s'est développé lentement sans aucune réaction, qui, depuis plusieurs semaines n'a pas changé de volume, qui ne s'accompagne ni de conjonctivite, ni de blépharite, doit être enlevé chirurgicalement.

En revanche, lorsque la petite tumeur est irritée, qu'il existe de la rougeur et de l'œdème de la peau des paupières, qu'il y a aussi conjonctivite et blépharite, lorsque le volume d'un chalazion, même non réactionnel, varie d'un jour à l'autre, la cure médicale doit être tentée.

Même tentative sera faite en cas de chalazions multiples; en tous cas on n'interviendra que lorsque la poussée du chalazion semblera terminée et que toute inflammation conjonctivo-palpébrale aurait cédé au traitement. Sans quoi on s'exposerait à recourir à l'ablation des tumeurs naissantes à tout instant, ce qui ne manquerait pas de lasser la patience du malade même le mieux disposé.

Trois cas peuvent se présenter dans chacun desquels l'indication thérapeutique est différente.

*a*) Le chalazion ne s'accompagne d'aucune réaction ;

*b*) Le chalazion est enflammé, la peau des paupières rougit, mais il n'existe, à proprement parler, ni blépharite, ni conjonctivite ;

*c*) Le chalazion est enflammé, il y a conjonctivite et blépharite plus ou moins intenses.

*a*) Dans le premier cas, les chances de guérison par le seul traitement médical sont assez faibles, mais elles doivent être tentées surtout si on se trouve en présence de chalazions multiples.

On prescrira matin et soir, pendant dix minutes, l'application sur les paupières de compresses de coton hydrophile, tièdes bien mouillés, trempées dans la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau..... | 500 gr. |
| Acide borique.... | 20 — |

Le soir au coucher on enduira la surface entière de la paupière avec de la vaseline pure ou avec une pommade à l'iodure de potassium. Si le chalazion est tout à fait torpide, on peut le badigeonner de temps en temps avec de la teinture d'iode.

On assurera la propreté absolue de la paupière et des bords ciliaires, et on évitera toute cause d'irritation de l'organe malade. Je reviendrai du reste sur ces points en parlant de la prophylaxie du chalazion.

On pourra faire prendre chaque jour à l'intérieur, au début d'un des repas, 5 à 6 gouttes de teinture d'iode dans un peu de vin d'Espagne.

*b*) Dans le second cas, on fera mettre tous les soirs au coucher sur la paupière et maintenir pendant toute la nuit, des cataplasmes de fécule, ou mieux, des cataplasmes Langlebert.

Tous les matins et tous les soirs on aura recours, pendant 20 à 45 minutes, aux compresses chaudes boriquées. Le jour on protégera l'œil avec des conserves fumées bombées.

Sous l'influence de ce traitement fort simple, il n'est pas rare de constater, en quelques jours, la résorption de chalazion très enflammé et déjà volumineux. Parfois la suppuration survient, c'est même là un mode particulier de guérison.

La poussée phlegmoneuse terminée et même le chalazion disparu, il sera bon de continuer pendant 15 ou 20 jours l'application de compresses boriquées.

*C*) Dans le troisième cas on commencera par calmer la réaction par les moyens que je viens d'indiquer dans le paragraphe précédent. Dès que celle-ci sera tombée, on supprimera cataplasmes et compresses boriquées et on agira différemment suivant les indications tirées de l'examen des organes.

S'il y a une conjonctivite d'intensité moyenne sans sécrétion, on se bornera à appliquer matin et soir pendant vingt minutes, sur les paupières entr'ouvertes, des compresses de coton hydrophile tièdes, bien mouillées et retrempées toutes les trois ou quatre minutes dans la solution que voici :

| | |
|---|---|
| Eau..... | 500 gr. |
| Cyanure d'hydrargyre..... | 0 gr. 05 |

Digitized by Google

S'il existe de la sécrétion conjonctivale (muco-pus) on fera, en outre, matin et soir, couler entre les paupières entr'ouvertes, en pressant un morceau de coton hydrophile bien imbibé, un filet tiède de la solution de cyanure.

Y a-t-il une véritable conjonctivite avec catarrhe interne, on n'hésitera pas à retourner les paupières et à cautériser tous les jours les muqueuses avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 jusqu'à ce qu'on ait obtenu la siccité de la conjonctive. Ceci fait, on reviendra à l'emploi du cyanure, puis de l'eau boriquée en dernier lieu, avant de mettre fin à tout traitement.

S'il existe de la blépharite, on emploiera les compresses de cyanure après nettoyage soigné du bord des paupières, enlèvement des croûtes et au besoin épilation des cils malades. Quand la blépharite sera très améliorée, on joindra au cyanure l'application chaque soir sur le bord des paupières de la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Vaseline..... | 5 gr. |
| Oxyde jaune d'hydrargyre.... | 0 gr. 10 |

*Pour prévenir le retour du chalazion*, il faudra avant tout mettre les paupières et la conjonctive dans le meilleur état possible, soit guérir complètement toute conjonctivite ou toute blépharite même légères. Les irritations ou injections conjonctivo-palpébrales sont, pour moi, la cause la plus habituelle des chalazions. On pourra, pour réaliser le but proposé, se servir des moyens que j'ai indiqués ou au besoin d'autres plus compliqués.

On devra éviter le contact du vent, des poussières, les frottements, le port de lunettes ou pince-nez mal placés, la trop vive lumière, l'air confiné, la fumée de tabac, les excès alcooliques, un régime échauffant ou trop épicé. On corrigera avec soin la réfraction de tous les amétropes en se rappelant qu'une fatigue oculaire habituelle est une cause de récidive des chalazions.

Chez les femmes on surveillera l'état de l'utérus, on régularisera les règles. Certaines femmes ont des poussées de chalazion pendant toute la durée d'une grossesse ou à chaque époque menstruelle difficile.

Aux goutteux, aux arthritiques, aux eczémateux, on indiquera le régime et les précautions d'usage.

Chez certains sujets les purgatifs répétés, l'antisepsie intestinale bien faite et prolongée donnent d'excellents résultats.

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile

Belladone. — Narcotique, antispasmodique, mydriatique et antisudoral. On emploie les préparations suivantes :

1° *Teinture de belladone.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois..... | 1/2 à III gouttes par jour |
| De 15 mois à 3 ans..... | III à V gouttes — |
| De 3 à 5 ans ..... | V à X gouttes — |
| De 5 à 10 ans ..... | X à XV gouttes — |

Ces doses peuvent être augmentées progressivement, dans la coqueluche par exemple, moyennant une surveillance de l'enfant. Fractionnez la dose quotidienne.

2° *Sirop de belladone.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans..... | Abstention |
| De 3 à 5 ans..... | 5 à 10 grammes par jour |
| De 5 à 10 ans..... | 10 à 20 — |

A doses fractionnées.

3° *Sulfate d'atropine.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans..... | Abstention |
| De 3 à 5 ans..... | 1/4 de milligr. à 1/2 milligr. par jour |
| De 5 à 10 ans..... | 1/2 milligr. à 1 milligr. — |

Bismuth. — Deux sels de bismuth, le sous-nitrate et le salicylate, sont anti-diarrhéiques et servent à réaliser l'antisepsie intestinale.

*Sous-nitrate de bismuth.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois..... | 0 gr. 20 à 1 gramme par jour |
| De 15 mois à 2 ans..... | 1 gr. à 3 — — |
| De 2 ans à 5 ans..... | 3 gr. à 4 — — |
| De 5 à 10 ans..... | 4 gr. à 5 — — |

*Salicylate de bismuth.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois..... | 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour |
| De 15 mois à 3 ans..... | 0 gr. 50 à 1 gramme — |
| De 3 à 5 ans..... | 1 gr. à 2 — — |
| De 5 à 10 ans..... | 2 gr. à 3 — — |

Bromoforme. — Utile contre les toux spasmodiques.

Ne l'employer qu'à partir d'un an, à la dose de quatre gouttes par jour, et en donner autant de fois quatre gouttes que l'enfant a d'années. Surveiller l'action du médicament.

Le bromoforme est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et a glycérine; mais les solutions alcooliques et glycérinées ont un goût trop fort.

Potion :

| | |
|---|---|
| Bromoforme..... | XLVIII gouttes |
| Huile d'amandes douces... | 15 grammes |
| Gomme arabique..... | 15 — |
| Eau de laurier-cerise..... | 4 — |
| Eau..... | q. s. pour faire 120 cent. cubes |

Mélangez d'abord le bromoforme et l'huile et agitez fortement, puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme II gouttes de bromoforme.

Bromures. — Sédatifs et antispasmodiques.

1° *Bromure de potassium* :

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 mois ..... | 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour |
| De 3 mois à 6 mois..... | 0 gr. 20 — |
| De 6 mois à 3 ans..... | 0 gr. 30 à 0 gr. 40 — |
| De 3 à 5 ans..... | 0 gr. 40 à 2 grammes — |
| De 5 à 10 ans..... | 1 gr. à 4 — — |

2° Bromure de sodium, d'ammonium, de strontium — mêmes doses que le bromure de potassium.

Chloral. — Hypnotique, anesthésique, sédatif.

| | |
|---|---|
| De 0 à 6 mois..... | 0 gr. 05 à 0 gr. 20 par jour |
| De 6 mois à 1 an..... | 0 — 20 à 0 — 30 — |
| De 1 an à 2 ans..... | 0 — 50 à 0 — 60 — |
| De 2 à 6 ans ..... | 0 — 60 à 1 gramme — |
| De 6 à 12 ans..... | 1 — à 2 — — |

Le sirop de chloral renferme 1 gramme de chloral par 20 gr. de sirop (à peu près 1 gr. par cuillerée à soupe; 0 gr. 50 par cuillerée à dessert; 0 gr. 25 par cuillerée à café).

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

**L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie .—** Si le phénomène de la rougeur émotive est un fait assez fréquent et d'ordre psychique, il peut devenir le point de départ d'un état d'esprit particulier allant jusqu'à l'obsession, à la phobie. MM. Pitres et Régis viennent de faire une étude des plus intéressantes de cette variété de phobie dont on nous permettra d'exposer les points principaux (*Arch. de neurologie*, janv. 97). Il existe, au point de vue de l'effet moral produit par la rougeur, comme une échelle de gradation, et on peut, à cet égard, admettre 3 degrés ou catégories.

1° Certains individus possèdent de l'éreuthose simple, ils ont une facilité extrême à rougir ; pour un rien, leur visage s'anime et se colore ; mais ils ne se préoccupent pas de leur rougeur, n'en ont nul souci.

2° Dans un second groupe, on peut ranger les individus qui non seulement rougissent très fréquemment, mais qui s'en tourmentent plus ou moins. Chez les uns, l'aptitude à rougir n'est que temporaire ; chez les autres, elle est durable. Ces individus sont ennuyés de leur disposition à rougir ; ils désireraient vivement s'en débarrasser. Mais cet ennui et ce désir ne vont pas jusqu'à l'obsession. Ils n'y pensent que de temps en temps, à la suite de leurs crises de confusion, qui les laissent honteux et irrités ; après, ils redeviennent gais.

3° A côté de ces malades, il en est d'autres chez lesquels la préoccupation de la rougeur constitue une obsession véritable, une phobie extrêmement pénible, tenace et incessante. Les malades observés par Pitres et Régis étaient des hommes jeunes, de vingt à trente ans. Tous avaient des nerveux, des alcooliques ou des tuberculeux dans leur famille. Tous avaient dans leurs ascendants ou leurs collatéraux des individus timides et enclins à rougir, tous étaient des neurasthéniques constitutionnels, quelques-uns, en plus, des dégénérés à stigmates. Le plus souvent, c'était à l'occasion d'un incident fortuit, d'une crise de rougeur particulièrement désagréable vers l'âge de 12 à 18 ans que leur éreuthophobie s'est développée :

Ces malades sont plus ou moins sujets à rougir suivant le temps. Par les froids secs de l'hiver ou par les grands soleils de l'été, ils rougissent moins ; en revanche, par les temps chauds, orageux et humides, ils rougissent beaucoup plus. Certains, véritables baromètres, sentent par avance, à des malaises déterminés, que le temps va se couvrir, et alors, s'ils le peuvent, ils ne sortent pas, pour éviter de rougir à tout bout de champ. Le fait de se trouver en société, de passer dans des endroits où ils sont susceptibles d'être vus leur détermine un accès.

La crise de rougeur survient chez les malades presque toujours au moment où ils en ont la crainte. Généralement, ils la sentent venir ; presque toujours, il y a des signes prémonitoires, variables suivant les individus. La rougeur est plus ou moins vive suivant les cas, elle va du rouge clair au rouge écarlate sans que les variations de nuances aient une influence quelconque sur l'état de l'esprit. Parfois, on constate très nettement le pouls capillaire. L'étendue de la rougeur est également des plus variables. Le plus souvent, elle est limitée à la face et s'arrête au cou. Une sensation de chaleur, souvent très vive, accompagne la rougeur. Une sueur plus ou moins abondante marque d'ordinaire la dernière période de la crise. Dès le début, les malades sont en proie à une angoisse, à un trouble inexprimables ; ils ressentent, en même temps que de la confusion, un sentiment de colère contre tout le monde, et en dehors de leurs crises, les malades sont tyranniquement obsédés par l'idée de leur rougeur, ils deviennent des neurasthéniques, des hypochondriaques, des pessimistes, parfois même ils sont enclins au suicide. Ils mènent une existence spéciale, fuyant tout contact, tout plaisir, ils ont recours à des artifices sans nombre, soit pour empêcher, soit pour dissimuler leurs crises de rougeur ; beaucoup deviennent alcooliques.

Au point de vue de l'évolution de cette phobie de la rougeur, il convient de remarquer que dans tous les cas, la tendance à la rougeur émotive précède, parfois de plusieurs années, la crainte de rougir. L'ordre de succession des phénomènes est le suivant : phénomène vaso-moteur (rougeur), phénomène émotif (confusion), phénomène intellectuel (idée fixe). Les crises de rougeur, une fois l'obsession créée, sont généralement engendrées par l'idée de rougir, c'est-à-dire par l'élément intellectuel. Il est permis, disent Pitres et Regis, d'affirmer que dans l'obsession de la rougeur, comme dans beaucoup d'autres, sans doute, le phénomène constant et fondamental : c'est l'émotion. — M. D.

---

**Etude clinique des sarcomes de l'estomac. —** Le diagnostic entre l'épithélioma et entre le sarcome de l'estomac est difficile. A l'occasion de deux observations de sarcome de l'estomac, M. Schlesinger vient d'en étudier l'histoire clinique. On le trouve à tout âge, de 20 à 78 ans, un peu plus souvent chez la femme que chez l'homme. Le début de l'affection est quelquefois insidieux : tout symptôme de gastropathie peut faire défaut, et l'amaigrissement progressif seul montre que le sujet est gravement atteint. L'absence de signes du côté de l'estomac est surtout remarquable en cas d'envahissement secondaire de cet organe. Chez d'autres malades, les troubles stomacaux sont précoces, et cadrent absolument avec ceux de l'épithélioma : inappétence, pesanteur dans le creux épigastrique, renvois acides, vomissements, etc.

Quand la tumeur est accessible à la palpation, son

Digitized by Google

accroissement très rapide peut faire soupçonner le sarcome. L'analyse du suc gastrique ne donne pas de points de repère non plus : comme dans le carcinome, l'HCl fait défaut ; il existe de l'acide lactique, et de nombreuses espèces microbiennes et des sarcines dans le liquide retiré. Les hématémèses sont assez rares. La cachexie arrive rapidement ; l'évolution de la maladie se fait en un an ou dix-huit mois ; une fois on a noté trois ans. (*Zeitschrift f. klin. Medicin*).

Le diagnostic peut être établi quelquefois par les métastases : quand elles siègent à la peau, on peut en exciser une parcelle et l'examiner. Encore Leube a-t-il vu une sarcomatose de la peau chez le porteur d'un épithélioma vrai de l'estomac.

Dans l'épithélioma, la rate est rarement atteinte ; en cas de sarcome, surtout de lymphosarcome, elle est souvent envahie. Quand l'intestin est pris, le fait suivant permet de formuler le diagnostic : l'épithélioma produit de la sténose, le sarcome n'a pas de tendance à obturer la lumière. Enfin, on n'a jamais noté de peptonurie dans le sarcome, et dans le cas du vrai cancer de l'estomac, elle est fréquente.

Il résulte de ce travail que le diagnostic de sarcome de l'estomac ne peut être qu'un diagnostic de probabilité. Le conseil de Leube de s'abstenir de le formuler, garde donc toute sa valeur. — Bd.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement des adénites cervicales tuberculeuses.** — Il n'est pas un praticien qui n'ait été presque journellement consulté par des malades jeunes — fréquemment des jeunes filles — porteurs, au niveau de la région cervicale, d'une ou plusieurs chaînes ganglionnaires, soit encore dures et conglomérées, soit déjà ramollies ou ulcérées.

Tous ces malades ne sont peut-être pas des tuberculeux, mais — étant donné les idées que l'on professe aujourd'hui sur les lésions jadis baptisées du nom de scrofule ou de strume — tous sont des candidats probables à la tuberculose.

Le traitement de ces adénopathies cervicales constitue une des grosses difficultés de la pratique. Comment se comporter en pareil cas ? Faut-il toujours opérer ? Quand faut-il avoir recours au traitement médical ? M. Sébileau s'occupait dernièrement (*Gaz. méd. de Paris*, fév. 1897) de ce sujet si complexe et si délicat, et donnait, croyons-nous, à la question, son véritable aspect. Si l'on envisage les indications opératoires, on peut, d'après lui, les diviser en trois catégories, suivant qu'il s'agit : 1° d'adénopathies ramollies, mais fermées ; 2° d'adénopathies ramollies et ouvertes ; 3° d'adénopathies non ramollies. Nous pensons qu'au point de vue pratique, ces catégories peuvent être aisément réduites à deux seulement, et qu'aux deux premiers cas convient le traitement chirurgical, au dernier, le traitement médical, au moins au début.

Mais alors, dira-t-on, que devient l'emploi encore si répandu de tous ces corps, dits résolutifs, appliqués sous forme de pommades, d'emplâtres, de lotions ? Que deviennent les injections dites modificatrices (huile ou éther iodoformés, naphtol camphré, glycérine créosotée, etc.) pratiquées dans l'intérieur de la tumeur ganglionnaire ? Franchement, nous n'avons jamais constaté, à la suite de ce traitement exclusif, aucun cas de guérison, ou même d'amélioration ; pourtant, ainsi que le dit M. Sébileau, cette thérapeutique a son indication, et lorsqu'on se trouve en présence de malades émaciés, au visage pâle, dont le cou est criblé de fistules et d' « écrouelles », lorsque la tuberculose a envahi d'autres organes, on ne saurait songer à une intervention sanglante, qui n'aurait plus de limites, et l'on n'aura d'autre parti à prendre que d'avoir recours à ces injections modificatrices et à des toniques pour relever l'état général.

S'agit-il de ganglions ramollis, suppurés ou non, mais ayant encore respecté les téguments, il faudra inciser, cureter, frotter de chlorure de zinc ou de teinture d'iode les parois du foyer ; on terminera par un drainage et une suture partielle. L'incision doit, en règle générale, être large ; on est souvent, en effet, entraîné à enlever beaucoup plus de ganglions — profondément situés — qu'on ne le soupçonnait apparemment ; et c'est pourquoi aussi il faut préférer à l'anesthésie locale l'anesthésie générale. Bien entendu, lorsque les lésions seront petites, il faudra se contenter d'incisions petites, en essayant toujours de pallier le plus possible à la laideur d'une cicatrice du cou.

Un traitement analogue — moins l'incision — convient aux adénopathies déjà ouvertes ; on aura soin d'agrandir l'orifice fistuleux, de détruire les cloisonnements, et de réséquer autour de l'ouverture spontanée tous les éléments cutanés paraissant malades.

Un traitement tout à fait différent doit être opposé aux adénopathies non ramollies ; pratiquer d'emblée dans ces conditions une opération qui « peut être nuisible, difficile et inutile » constitue une faute professionnelle. Il faut soumettre le malade, pendant plusieurs mois, à une thérapeutique purement médicale, qui, dans un très grand nombre de cas, sera suivie de succès ; conseiller aux malades l'exercice, la marche, la bicyclette d'une façon modérée, le travail dans une chambre exposée au soleil, les ablutions froides, les frictions alcoolisées sur tout le corps, le massage, etc. A cette cure hygiénique, M. Sébileau ajoute le traitement médicamenteux suivant, par exemple :

1° Le matin, au lever, prendre dans un quart de verre d'eau stérilisée, quatre gouttes de :

Liqueur de Fowler..... 20 grammes

Etiquetez : *Poison*. Augmenter chaque jour d'une goutte jusqu'à concurrence de dix. Diminuer ensuite d'une goutte par jour

Digitized by Google

jusqu'à quatre gouttes. Suspendre huit jours et recommencer ensuite de la même manière.

2° Un quart d'heure avant chacun des principaux repas, prendre quatre cuillerées à potage de :

Huile de foie de morue..... 1 litre.

Chacune de ces prises sera suivie de l'ingestion dans une cuillerée d'eau stérilisée, d'un cachet contenant :

Poudre de pepsine amylacée.... 0,25 centigr.
N° 20.

3° A la fin de chacun des principaux repas, prendre dans une double quantité d'eau, un verre à liqueur du vin composé suivant :

Vin de Malaga..... Q. s. pour 1 litre.
Glycérine neutre..... 50 grammes.
Phosphate de soude.. } ãã 10 —
Phosphate de chaux.. }
Extrait mou de quinquina. 15 —

4° Prendre, trois fois par semaine, un bain dans lequel on fera dissoudre :

Chlorure de sodium..... 1000 grammes

5° Habiter, dans la mesure du possible, la campagne. Passer une partie de l'été à Biarritz (Salins), à Salies-de Béarn, ou tout au moins sur une plage quelconque.

Tel est le traitement médical qu'on devra mettre en œuvre dans tout cas d'adénite tuberculeuse ou soupçonnée telle de la région cervicale ; toute adénopathie, ni ramollie, ni suppurée, devra être soumise ponctuellement à cette thérapeutique ; si, après une continuation de plusieurs mois, on est convaincu de son inefficacité, il sera temps de pratiquer alors l'ablation des ganglions cervicaux. — L. Floersheim.

## CHIRURGIE

**Ménorrhagies des petites filles.** — Il arrive assez fréquemment que les jeunes filles, au moment de la puberté, soient atteintes d'hémorragies utérines. Ces métrorrhagies peuvent, d'après M. Frœlich (*Rev. méd. de l'Est*), être divisées en deux catégories bien distinctes.

Parmi les malades, les unes sont chlorotiques et anémiées au moment où la menstruation s'établit. Celle-ci n'est normale ni par sa durée ni par son abondance. L'écoulement sanguin est peu considérable, mais dangereux par sa persistance et surtout par la chlorose dont il est un épiphénomène.

Dans la deuxième catégorie, on peut ranger les jeunes filles dont l'état général est excellent au moment des premières règles, mais celles-ci, par leur transformation en ménorrhagies persistantes et très abondantes, altèrent la santé assez rapidement, Dans ces cas, c'est à une lésion locale qu'il faut attribuer ces pertes sanguines. Cette lésion est une hypertrophie du col avec métrite fongueuse.

Cette métrite est localisée au col qui est allongé d'une façon considérable.

Le traitement, dans le premier cas, doit être purement hygiénique et reconstituant ; c'est à la chlorose, cause des ménorrhagies, qu'il faut s'adresser.

Le traitement de la deuxième catégorie de malades sera local et opératoire. Il consistera en un curettage et une ablation du col utérin ; le curettage seul est insuffisant sur le col à cause de la profondeur à laquelle pénètrent les fongosités. L. F.

## OBSTÉTRIQUE

**Les hématuries au cours de la grossesse.** — Les faits d'hématuries observés pendant la grossesse sont très rares, puisque la plupart des accoucheurs n'en font même pas mention et que M. Bar n'en a trouvé qu'un cas publié en un journal italien. Aussi doit-on remercier M. le professeur Guyon d'avoir attiré l'attention (*Journ. méd. et chir. prat.*) sur ces cas encore peu connus. Le chirurgien de Necker a eu l'occasion d'observer une malade de 35 ans, qui eut 3 grossesses, dont les deux dernières furent interrompues par des hématuries importantes.

La malade fut étonnée d'émettre, au huitième mois de sa seconde grossesse, des urines noires comme du café, accident qui disparut d'ailleurs très bien, sans laisser de traces d'albumine. Au septième mois de sa troisième grossesse, la malade présenta une nouvelle hématurie, accompagnée cette fois de douleurs vives dans la région rénale droite.

L'accouchement se passa fort bien néanmoins, mais l'écoulement urinaire sanguin réapparut dès le jour où la mère se mit à nourrir son enfant. Ces pertes sanguines affaiblirent tellement la malade qu'elle arriva presque exsangue à l'hôpital, où l'on crut avoir affaire à un néoplasme du rein et où l'on défendit à la mère de continuer l'allaitement. Dès lors l'hématurie disparut complètement. Cependant, en raison des douleurs rénales persistantes, une intervention chirurgicale fut reconnue nécessaire ; le rein fut constaté absolument normal et la guérison fut parfaite.

M. Guyon a pu observer deux autres cas du même genre. Il paraît probable qu'on se trouve en présence de phénomènes d'origine congestive et les observations de cette nature tendent à démontrer que la congestion pure peut jouer un rôle plus sérieux qu'on ne le croit dans les hématuries d'origine rénale ou vésicale. — L. F.

## OTOLOGIE

**Des indications de l'ouverture de la mastoïde dans les otites moyennes suppurées aiguës.** — On ne regrette jamais d'avoir incisé de trop bonne heure l'apophyse mastoïde dans les otites suppurées, et l'on prévient souvent de cette façon des complications sinon mortelles, du moins très graves. Le tout est de diagnostiquer le plus tôt possible la présence du pus ; les signes ordinaires sont : les douleurs, plus ou moins grandes, suivant la rétention ou l'issue du liquide purulent ; le gonflement et la fluctuation de la région pétreuse ; la névrite optique ;

Digitized by Google

des signes de complications cérébrales. Le docteur Seguin (*Th. Bordeaux*, 1896) attache une grande importance aux symptômes suivants :

1° La *douleur*, par pression et surtout spontanée, sur l'os lui-même, très vive, s'accompagnant de délire, d'insomnie, de cauchemars, et partant toujours du même point ;

2° L'*abondance de l'écoulement*, surtout s'il ne se tarit pas, après un traitement sérieux de huit jours environ ;

3° La *submatité* ou la matité absolue à la percussion ;

4° Le *défaut d'éclairage par transparence* de l'apophyse ;

5° La *diminution* marquée des *vibrations* du diapason perçues par le malade.

Lorsque les trois derniers signes, qui, à eux seuls, ne sont pas pathognomoniques, sont unis aux précédents, il y a indication capitale à intervenir. — L. F.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 9 mars 1897*

**Colique intestinale lithiasique.** — M. Dieulafoy rappelle que la première observation de calculs intestinaux a été publiée par M. Laboulbène. Depuis, il a recueilli lui-même plusieurs observations dans lesquelles des malades, considérés comme atteints de coliques hépatiques ou d'appendicites, présentaient des troubles douloureux avec entérite membraneuse et émission de sables d'origine intestinale. Ces sables présentaient toujours une composition chimique spéciale : matières organiques dérivées des fèces et des substances minérales formées surtout de sels de chaux et de magnésie.

La colique intestinale lithiasique paraît être sous la dépendance de la diathèse goutteuse. En effet, dans plusieurs observations, on rencontre une alternance assez régulière entre les accidents de la goutte et les calculs intestinaux.

Voici les principaux symptômes qui caractérisent cette lithiase : Elle procède par accès successifs ; début brusque par ballonnement abdominal accompagné d'un état nauséeux ; douleurs siégeant en un point quelconque du gros intestin avec irradiations multiples ; puis, évacuation de membranes et de matières mucopurulentes précédant une expulsion d'une plus ou moins grande quantité de sables.

Comme l'ont montré les premières observations recueillies, cette affection peut être très facilement confondue avec la colique hépatique ou même avec l'appendicite ; ce sera surtout la présence de sables de composition spéciale qui permettra d'établir le diagnostic. Cette affection relève du même traitement que les autres lésions lithiasiques.

M. Le Dentu présente une statistique de staphylorrhophies résumant 46 cas. Il établit que le plus grand nombre des fissures congénitales intéressant le voile du palais et la voûte osseuse peuvent être traitées avec succès par le procédé de Trélat auquel il apporte quelques modifications.

**Description d'un appareil prothétique.** — M. Berger. Cet appareil, dû à M. Goldenstein, est destiné à réparer la perte du nez suivant la méthode de M. Martin. Il comprend une charpente métallique sur laquelle on fixe les lambeaux de peau obtenus par greffe. Il se fixe très bien ; mais la rétraction des parties molles finit par faire de petites ulcérations à la partie inférieure. Cette méthode ne paraît pas supérieure aux procédés chirurgicaux purs.

**Grossesse extra utérine.** — M. Routier. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine datant de 11 mois. On pratique la laparotomie et l'on trouve un énorme kyste paraissant venir du ligament large ; l'ablation est très pénible. On doit dénuder l'artère iliaque et la veine ; cette dernière se déchire et l'on fait une ligature latérale. L'utérus saignant doit être extirpé, l'uretère droit blessé doit être lié. Le kyste fœtal pèse 5 kilos. La malade guérit parfaitement. L'examen de l'uretère coupé montre que ce canal était oblitéré auparavant, ce qui explique l'absence d'accidents après la ligature.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 5 mars 1897*

**De la talalgie blennorrhagique.** — M. Jacquet. Connu depuis Swediaur et de fréquence presque banale, ce symptôme de la blennorrhagie n'est cependant ni convenablement traité, ni interprété d'une façon rationnelle. J'envisagerai aujourd'hui ce symptôme à l'état isolé, abstraction faite de forme ostéo-fibreuse du blenno-rhumatisme, dont il est une dépendance, et sans lequel sa pathogénie ne saurait être comprise.

Que voit-on chez un blennorrhagique talalgique ? Rien quelquefois ; aucune déformation apparente de la région talonnière ; la douleur est le trouble unique, nulle au repos le plus souvent, mais vivement éveillée par la marche, par la pression ; et celle-ci révèle d'ordinaire deux points maxima : 1° à l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, mais rarement limitée là, et diffusant plus ou moins haut sur le tendon lui-même ; 2° sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes, mais rarement aussi limitée à ce point, et diffusant plus ou moins vers la plante. Mais fort souvent la région est déformée ; le talon gonflé en masse, plus gros et plus haut. Presque toujours la lésion est symétrique, avec prédominance ordinaire d'un côté. La peau paraît saine, je ne l'ai jamais vue altérée ; mais chez deux de mes malades elle aurait été, au début, tout au moins enflammée et rouge. Cette tuméfaction n'est pas absolument uniforme, je l'ai toujours vue coupée transversalement d'un sillon peu profond, mais très net ; elle est très dure, indolore quelquefois, sensible plus souvent à la pression même légère.

Quelle est sa nature ? J'avais autrefois supposé et

Digitized by Google

annoncé qu'il s'agissait, selon toute apparence, d'une hyperostose, d'une véritable calcanéite ossifiante. Cette opinion, simplement probable alors, est devenue certaine depuis que, chez un malade de mon maître Debove, le diagnostic de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorrhagique, que j'avais fait pendant la vie, a été vérifié après la mort. Voici l'un des calcanéums de ce malade : il y a hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite. On conçoit ainsi que l'extrémité inférieure du tendon soit à la fois renflée et refoulée en arrière, de manière à constituer la saillie calcanéenne postéro-supérieure et le sillon qui la sépare de la partie postéro-inférieure de l'os, ou encoche achillo-calcanéenne. De plus, il est non moins évident que les faces latérales, surtout l'externe, sont hyperostosées, ce qui explique l'accroissement du talon dans le sens transversal ; enfin, la tubérosité inféro-externe est, elle aussi, anormalement développée, et la douleur sous-calcanéenne des talalgiques trouve là, elle aussi, un substratum anatomique positif. Quant au mécanisme de cette inflammation ostéo-fibreuse, il s'éclaire par les notions d'embryologie, d'anatomie normale et d'anatomie comparée ; nous savons, en effet, qu'à la période embryonnaire, les capsules cartilagineuses du calcanéum se continuent directement avec des séries capsulaires analogues, disposées entre les fibres du tendon d'Achille ; que, chez l'adulte, il reste en permanence dans l'extrémité inférieure du tendon des cellules du cartilage, auxquelles succèdent, par transition insensible, les cellules conjonctives proprement dites ; et qu'enfin, chez les oiseaux notamment, il y a ossification normale de l'extrémité inférieure du tendon : voilà des faits en série logique, s'éclairant, se complétant les uns par les autres. En résumé, calcanéite ossifiante, à maximum aux insertions ostéo-fibreuses, voilà une explication satisfaisante de la talalgie dans les cas de déformation talaire du type ci-dessus décrit.

Venons maintenant à la talalgie non déformante ; troubles fonctionnels identiques, même douleur, aux mêmes points, avec les mêmes variations, suivant l'état de repos, de marche, de pression. Faut-il lui chercher une autre origine ? la croire de nature différente ? Invoquerons-nous l'hygroma sous et rétro-calcanéens ? Je ne nie pas l'hygroma et il est vraisemblable qu'il existe, mais sur 13 cas de talalgie je ne l'ai jamais rencontré. D'ailleurs, la douleur le plus souvent déborde les limites des bourses séreuses, elle diffuse le long du tendon et des aponévroses plantaires, en un mot, elle est ostéo-fibreuse et fibreuse. En effet, tendons et aponévroses, riches en nerfs, de sensibilité pathologique exquise, jouent dans la douleur rhumatismale un rôle prédominant, bien que méconnu, au profit des synoviales. Ce rôle je l'ai invoqué pour expliquer, dans le blenno-rhumatisme, la coccygodynie, la douleur du fibro-cartilage nasal, des apophyses épineuses. Depuis, j'ai retrouvé maintes fois ces localisations douloureuses, et d'autres encore, qu'aucune inflammation synoviale ne saurait expliquer, et je n'hésite plus à considérer la talalgie non déformante comme le premier degré de la talalgie hyperostosante et dépendant, comme elle, d'une même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail d'ossification encore inappréciable.

Parmi les causes d'influence simplement localisatrice, les seules que je veuille étudier en ce moment, il en est qui présentent une réelle importance, le sexe par exemple : sur seize malades, je ne compte pas une seule femme. Cela conduit naturellement à suspecter l'influence professionnelle. Et, en effet, ces treize cas incombent tous à des ouvriers, à professions pénibles et exigeant plus particulièrement la station debout prolongée, tels que forgerons, boulangers, cuisiniers, garçons de restaurant ou de magasins, etc.

Chez aucun d'eux, la talalgie n'est survenue à l'état isolé, mais constamment parmi d'autres symptômes de rhumatisme, souvent généralisé, toujours tenace. Chez la plupart le surmenage, des excès, ont précédé l'éclosion du mal ; chez tous, l'état général a été atteint de façon grave. Enfin chez tous ceux que j'ai pu étudier d'une manière complète, des phénomènes nerveux variés accompagnaient la talalgie, et le terrain organique était merveilleusement préparé pour l'éclosion de ce que j'étudierai sous le nom de forme myélopathique du blenno-rhumatisme.

Il n'est pas exceptionnel de voir la talalgie blennorrhagique se prolonger pendant des mois et quelquefois pendant deux, trois années et même davantage : c'est donc un symptôme grave. Mais l'on n'est point désarmé contre lui ; l'hyperostose calcanéenne sans doute ne peut rétrocéder et constitue une lésion permanente, mais elle cesse d'être douloureuse et dès lors n'occasionne plus qu'une gêne fonctionnelle insignifiante.

Parmi les moyens les plus propres à amener le résultat, il faut noter : 1° le repos au lit ; il est absolument indispensable et doit être prolongé ; 2° les pointes de feu répétées sur la colonne vertébrale ; 3° l'hydrothérapie chaude ou froide suivant les circonstances, chaude si l'excitation du système nerveux paraît prédominante ; froide, au contraire, en cas de dépression. Et l'on n'oubliera pas que, jamais en aucun cas, pour ces malades comme pour ceux de toute autre catégorie, la douche froide ne doit être administrée le corps étant refroidi, mais bien étant au maximum thermique possible. Chez les malades à qui la marche est impossible, ou tout au moins difficile et d'ailleurs défendue, on devra recourir dans ce but à la gymnastique brachiale (altères, etc.), quand du moins cela sera possible. Si l'on ne peut obtenir un degré suffisant d'échauffement corporel, il sera préférable de renoncer à l'hydrothérapie froide ; 4° le massage local, la malaxation méthodique de la région achillo-calcanéenne et plantaire ; 5° enfin les bains tièdes tels que les a employés Balzer.

Digitized by Google

M. Balzer. Je me suis, en effet, parfaitement trouvé de l'usage des bains térébenthinés dans la talalgie blennorrhagique. Voici la formule que j'emploie :

Essence de térébenthine ..... 500 grammes.
Emulsion aqueuse de savon noir. 500 —

Mettre 200 à 400 grammes de ce mélange dans un bain aussi chaud qu'on pourra le supporter.

Je prescris aussi de simples bains de pied chauds dans lesquels je fais verser un demi-verre à un verre du même mélange.

**Erythème infectieux compliquant une colite mucino-membraneuse. Guérison.** — M. Galliard. Observée chez un garçon de cinq ans, la colite n'a pas eu ici l'allure chronique qui lui est habituelle chez l'adulte. Elle n'avait duré que dix jours, était demeurée apyrétique et décroissait visiblement, lorsque survint, au lieu de la convalescence présumée, une aggravation soudaine : fièvre, érythème papuleux, d'abord localisé à la face, au pli des coudes, au dos des poignets; puis généralisé, diffus dans les régions primitivement atteintes, ainsi qu'au cou, aux aisselles, aux fesses, aux jambes; morbilliforme sur le thorax, le dos, l'abdomen.

Cet érythème s'accompagne d'une fièvre vive (40°), qui nécessita l'usage des bains froids, tandis que le calomel était administré à titre d'antiseptique intestinal et le colon irrigué à l'aide d'une solution boriquée.

L'éruption pâlit le 5e jour, disparut complètement le 9e jour. La desquamation commença à la face; s'effectuant par grands lambeaux au niveau des extrémités, elle était terminée à la fin du 4e septenaire. L'albuminurie ne fut constatée qu'un seul jour (le 2e jour). Pas d'engorgement ganglionnaire, pas de complication viscérale. Guérison complète.

L'examen des mucosités intestinales n'a montré que du coli-bacille. C'est donc à l'infection coli-bacillaire qu'il faut attribuer cet érythème absolument semblable aux érythèmes observés par l'auteur dans la fièvre typhoïde et le choléra.

**Adénie sans leucocythémie.** — M. Hayem présente un homme de 38 ans, employé à la compagnie du gaz, dont l'affection offre une certaine difficulté de diagnostic. On remarque une tuméfaction considérable autour de la mâchoire inférieure et de la nuque, qui entoure la face de ce malade comme un collier et lui donne un aspect singulier. Au niveau de la nuque, cette tuméfaction est constituée par des boules lipomateuses; il en existe des masses analogues au niveau des clavicules, plongeant dans le médiastin antérieur, d'où une dyspnée constante; en arrière des trapèzes, dans les aisselles, et au niveau de l'un des plis de l'aine.

Cette affection aurait débuté il y a cinq ans par une période fébrile qui dura 15 jours et s'accompagna de gonflement des parotides, d'où le diagnostic d'oreillons, qui fut alors porté. La tuméfaction persista dans le côté gauche de la face; et depuis, de nouvelles poussées fébriles se sont faites à différentes époques, accompagnant l'éclosion de nouvelles tumeurs lipomateuses. En 1845, M. Delbet enleva une tumeur de l'aîne droite et constata qu'elle était formée par du tissu lipomateux.

L'examen du sang montre une légère augmentation du nombre des globules rouges et des globules blancs; il y a donc leucocytose peu avancée, sans leucocythémie. Les urines sont très faibles en urée (13 grammes par jour) et riches en chlorures (22 grammes par jour). Cette altération du sang et des urines montre un vice de la nutrition générale.

Mais il est difficile d'interpréter ces faits.

Toutes ces tuméfactions lipomateuses siègent dans des régions pourvues de ganglions lympathiques; toutes renferment des noyaux résistants sous le doigt, comme s'il s'agissait de ganglions dégénérés. M. Hayem pense, en effet, qu'il s'agit ici d'une dégénérescence lipomateuse des ganglions lymphatiques, en résumé d'une lymphadénie sans leucémie.

Les traitements les plus divers : iode, iodures, arsenic... ont été employés chez ce malade sans aucun succès. Dans le but de faire résoudre les tumeurs lipomateuses, il a institué la médication thyroïdienne (2 à 3 capsules par jour d'extrait de corps thyroïde de mouton, de Yvon) qui a amélioré l'état général de ce malade; il est moins cyanosé et respire plus aisément.

**Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation.** — MM. Mossé et Daunic présentent à la Société la première observation dans laquelle la recherche de la séro-réaction ait été étudiée après un accouchement à terme chez une femme atteinte de fièvre typhoïde au cours de la gestation; dans cette observation on voit que le pouvoir d'agglutination peut s'étendre du sang maternel au sang de l'enfant. Il est donc permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Le sérum sanguin d'un enfant, né à terme d'une femme atteinte de dothiénentérie bénigne au cours du sixième mois de la gestation, a fourni, très nets, les caractères de la réaction de Widal.

2° La propriété agglutinante moins vive, moins instantanée que celle constatée dans les humeurs de la mère (lait ou sérum sanguin), était cependant bien évidente. La comparaison avec des lamelles ou tubes témoins la rendait très apparente.

3° La structure anatomique du placenta était normale; cet organe ne serait donc pas un filtre parfait. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 10 mars 1897*

**Technique opératoire de la fistule vésico-vaginale.** — M. Ricard emploie le procédé opératoire suivant qu'il a déjà fait connaître au dernier Congrès de chirurgie. *1er temps :* Consiste dans l'abaissement de la fistule.

Digitized by Google

Lorsque les tissus sont souples, on amène aisément à la vulve l'orifice fistuleux ; dans le cas contraire, on le rend plus accessible à la main de l'opérateur. Pour pratiquer cet abaissement, deux pinces sont fixées aux angles de la plaie et servent à abaisser le trajet, le speculum univalve étant enlevé pour ne pas diminuer l'élasticité du vagin. *2e temps :* Avivement ; il a pour but de mobiliser les parties qu'on va suturer. Au niveau de l'orifice fistuleux, la paroi vaginale est dédoublée de la paroi vésicale. Ce dédoublement s'opère sans beaucoup de difficulté. *3e temps :* Sutures ; on laisse rentrer dans la vessie la muqueuse de cette cavité où elle forme une sorte d'éperon puis la perte de substance est comblée à l'aide de points de suture avec les fils d'argent placés à la base du lambeau vaginal. M. Ricard les enlève au bout de 10 jours, et constate alors une ligne de réunion parfaite, solide, sans aucune suppuration.

**Gastrostomie, guérison.** — M. Delagenière, du Mans. Un enfant de 3 ans et demi avale de la potasse caustique, d'où eschare de l'œsophage et rétrécissement cicatriciel de ce conduit, rendant l'alimentation et la dilatation impossibles. M. Delagenière la voit dans un état de cachexie avancé par inanition et pratique la gastrostomie. L'estomac est déformé, revenu sur lui-même. Une incision pratiquée sur sa face antérieure lui permet d'explorer à l'aide d'une bougie l'œsophage de bas en haut par l'orifice cardiaque; la bougie est arrêtée à quelques centimètres au-dessus de cet orifice. Le pylore, déformé par une bride cicatricielle, qui est excisée, est au contraire perméable. La muqueuse gastrique est fixée sur les bords de la paroi abdominale et la bouche stomacale constituée; pansement avec des compresses aseptiques. Les suites de cette opération furent simples; l'enfant n'eut pas de fièvre, et sous l'influence d'une alimentation appropriée, introduite par la fistule gastrique, elle reprit rapidement ses forces; pas d'écoulement de suc gastrique. M. Delagenière parvint ensuite à dilater lentement le rétrécissement œsophagien à l'aide de bougies, si bien que son opérée parvint à déglutir des aliments solides, mais il n'a pas voulu faire la cure de la fistule gastrique, pour parer à toute surprise.

**Panaris ostéomyélitique.** — M. Kirmisson rapporte un cas de panaris dû à une ostéomyélite de la phalangette du pouce. Il s'agit d'un enfant de 8 ans, qui présenta successivement une ostéomyélite du tibia gauche, des deux fémurs, et un panaris unguéal du pouce gauche. Il incisa tout la face antérieure du doigt jusqu'au périoste. Aucun liquide purulent ne sortit par cette incision. Mais sur le côté de l'ongle, il découvrit une petite tourniole contenant une goutte de pus. Un stylet introduit par cet orifice tomba sur la face dénudée de l'os et rejoignit l'incision première. Il s'agissait donc bien d'une ostéomyélite de la phalangette. Cette affection guérit sans nécrose de l'os.

**Election.** — M. Hartmann est nommé membre titulaire de la Société. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Pseudosyphilides pigmentaires chez les tuberculeux.** — On connaît la syphilide pigmentaire du cou. D'après M. Thibierge et Fournier (Soc. dermatologie) on pourrait observer chez les tuberculeux cachectiques des lésions semblables caractérisées par une pigmentation revêtant l'aspect d'un réseau brun dont les mailles circonscrivent des zones arrondies moins colorées, et siégeant à la nuque et aux parties latérales du cou.

OPHTALMOLOGIE

**Amblyopie sympathique.** — L'amblyopie sympathique débute le plus souvent six mois ou même plus après la blessure de l'œil sympathisant. C'est une amblyopie qui se développe très lentement sans signes ophtalmoscopiques, et son existence est souvent méconnue. (*Soc. méd. chirurg. de Liège*, 1897). Le malade se plaint d'abord d'obscurcissements passagers de la vue, survenant surtout s'il veut appliquer l'organe visuel, très souvent il se plaint de lourdeur de tête, de douleurs frontales et temporales. Le champ visuel est légèrement rétréci de tous les côtés. Puis, lentement, après des alternatives de mieux et de moins bien, le champ visuel se rétrécit de plus en plus, et jamais l'affection n'aboutit à l'amaurose. Au début, l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal, mais, plus tard, quand l'amblyopie a atteint un degré élevé, on peut observer de la pâleur de la pupille, rarement une certaine dilatation des veines rétiniennes, quelquefois un degré sensible de périartérite et de périphlébite sur la papille, s'étendant un peu dans la rétine.

Cette affection est grave, car elle tend vers la cécité; et elle se montre après et surtout longtemps après l'énuclation préventive de l'œil traumatisé. Le fait est important à connaître, car, dans ces cas, on néglige le traumatisme ancien de l'autre œil, lequel traumatisme (qui peut agir même si l'œil n'a pas été ouvert, blessure à la chaux par exemple) est la seule cause des accidents observés et dont la pathogénie, d'après Nuel, peut être envisagée de la façon suivante : L'hypothèse microbienne, exposée par Deutschmann qui s'applique assez bien à l'iridocyclite et à la névrite sympathique rencontre des difficultés sérieuses vis-à-vis de l'amblyopie sympathique.

Or, l'œil sympathisant a toujours le nerf optique plus ou moins en état de névrite, cette névrite a toujours produit un certain degré d'atrophie, sinon l'atrophie complète des fibres nerveuses, atrophie qui se propage à travers et au delà du chiasma. La névrite ne remonte guère jusqu'au chiasma; le plus souvent, elle ne dépasse pas le canal optique. Mais, dans certaines circonstances, ne pourrait-elle pas se propager jusqu'au chiasma ? C'est ce qui se produit dans l'amaurose filicique où on constate jusque dans le chiasma un certain degré de condensation de la névroglie, dont l'effet constricteur et destructeur sur les fibres nerveuses, tout en étant moindre que dans la névrite interstitielle avérée, n'en est pas moins réel. Dans les cas d'amblyopie sympathique, l'un ou l'autre de ces deux processus, peut-être les deux à la fois, la névrite interstitielle ou au moins la sclérose de la névroglie, se propage jusqu'au chiasma. En cet endroit, il y a une intertrication des plus intimes, fibre à fibre, des deux nerfs optiques. Et la sclérose du tissu névroglique, provoquée par l'atrophie des fibres d'un seul nerf, doit, au moins dans certaines circonstances à déterminer encore, intéresser défavorablement les fibres de l'autre nerf, qui s'atrophient. — S. R.

Digitized by Google

## VARIÉTÉS

(Nous lisons dans la *Tribune médicale* du 3 mars la lettre suivante que nous nous empressons de reproduire.)

A M. le Dr Henri Huchard,
Directeur du *Journal des Praticiens*.

Mon cher ami,

Deux mots, à lettre ouverte, pour vous dire que vous êtes cause du retard que la *Tribune médicale* a mis à publier la liste des dernières décorations de nos confrères du monde médical, et que vous en devez porter toute la responsabilité vis-à-vis de nos lecteurs.

Pourquoi ? le voici :

L'heureuse liste était composée, prête à voir le jour dans nos colonnes, j'en atteste notre prote et notre metteur en pages, et elle était même accompagnée des félicitations bien et sincèrement senties qu'inspirent à votre serviteur, comme à vous, ces hautes distinctions accordées à des maîtres vénérés, à des collègues, à des amis de nos meilleurs; j'applaudissais de tout cœur, à l'unisson du vôtre, à l'insigne cravate de *commandeur* attachée au cou du maître, clinicien consommé, du professionnel et de l'homme à la droiture et à la probité impeccables, qui s'appelle Empis;

A la *rosette* de notre grand savant, Ranvier, une de nos gloires nationales à côté de son maître et initiateur Claude Bernard;

Au *ruban*, si tardif, comme vous le dites si bien, mais d'autant plus honoré (le ruban !) de notre excellent et cher ami Dureau, le savant et consciencieux bibliophile, le parfait bibliothécaire, le sauveur permanent, on pourrait dire le terre-neuve héroïque de la bibliothèque de l'Académie, à l'amabilité et à la serviabilité proverbiales;

Au *ruban* de ce brave Schwartz, un des plus distingués chirurgiens de la jeune école, par ses qualités à la fois brillantes et solides, travailleur infatigable;

Nous nous réjouissions, enfin, au nom, quel qu'il fût, de tout confrère figurant sur la glorieuse liste, lorsque vous êtes venu, mon cher Huchard, avec votre passion de la sincérité et de l'équité indépendantes, y signaler un point noir, une absence, un oubli... j'allais dire incroyables, mais l'habitude, en pareille matière, ne saurait justifier le mot.

Laissez-moi citer, à ce propos, vos propres paroles, elles en valent la peine, je vous l'assure :

« M. Rambaud, ministre de l'instruction publique, qui — on ne « saurait trop le dire — a eu la main particulièrement heureuse « dans le choix de ces récompenses nationales, nous permettra de « lui dire qu'il a cependant commis un oubli regrettable. A la « Faculté de Lyon, il y a un professeur éminent, précisément un « des disciples de M. Ranvier, M. J. Renaut, qui élève depuis de « longues années un impérissable monument à l'anatomie patholo- « gique et à l'histologie, qui honore la médecine française par son « travail persévérant, par sa haute probité professionnelle et « scientifique, par ses grandes découvertes, par la vaillance de son « enseignement, et l'on est confondu d'étonnement en apprenant « que sa boutonnière ne porte pas encore le simple ruban de la « Légion d'honneur. Sans doute, il peut se contenter de la belle « *décoration morale* que lui ont déjà décernée ses nombreux « élèves, ses collègues et admirateurs; mais le gouvernemen « s'honorerait lui-même, il honorerait la Légion d'honneur elle- « même en accordant une distinction que M. J. Renaut a depuis « si longtemps méritée. »

Faut-il vous le dire, mon cher ami ?... Oui, n'est-ce pas, je puis en parler à l'aise, vous savez combien je suis franchement désintéressé dans la question; en lisant ces lignes, je me prenais à vous accuser d'une forte... naïveté, si vous pouviez tant vous étonner, même à propos du savant de premier ordre dont vous parliez, d'oubli, de méprise ou d'erreur de lieu, en fait de décoration. Moi, je ne m'étonne plus de rien à ce propos; mais je vous avoue que je croyais Renaut décoré.. . . . . .

Renaut !... allons donc, il fait plus que mériter la décoration, il est au-dessus d'elle; c'est peut-être pour cela qu'elle ne l'a pas encore atteint. Et j'étais tellement pénétré, avec vous, mon cher ami, de cette vérité presque... scandaleuse, qu'à la suite de votre éloquent plaidoyer, j'attendais... une réparation prompte et exemplaire, de la part d'un ministre si bien inspiré, comme vous le dites .., pour d'autres...

Hélas! j'ai attendu, en vain, jusqu'à présent... va-t'en voir s'ils viennent!...

Et je me décide à publier la liste, à laquelle, en tout cas, l'opinion publique, la grande justicière, a, par votre bouche, à laquelle je joins bien sincèrement la mienne, ajouté le nom qui devrait s'y trouver depuis longtemps !

Je serre affectueusement, mon cher Huchard, la main amicale qui tient une si vaillante plume.

J.-V. Laborde.

---

Je ne répondrai que quelques mots à mon cher ami Laborde : c'est que partout où il y a une cause loyale à défendre, des sentiments généreux à exprimer, on le trouve toujours. Je le remercie sincèrement et du fond du cœur de l'appui qu'il me donne et qui me fait un grand honneur. Oui, vous avez trouvé et dit le mot juste : J. Renaut « fait plus que de mériter la décoration; *il est au-dessus d'elle* »..... comme vous, mon cher Laborde, et cela depuis bien longtemps !

Maintenant, vous voilà continuant bravement la campagne que nous avions commencée dans le *Journal des Patriciens* pour la réforme de l'enseignement et des concours. J'aurais bien envie de vous suivre... Mais, je vais vous dire à mon tour que je suis presque tenté de vous accuser d'une forte... naïveté, si vous pensez changer quelque chose à ce qui existe. Vous savez le mot de Prévost Paradol : « Les Français ne savent que faire des révolutions; ils sont incapables d'accomplir des réformes. » Alors, si on ne réforme rien dans l'enseignement médical et dans les concours, c'est donc parce qu'une révolution radicale s'impose ? Peut-être !..

En tout cas, mon cher ami, je me permets de vous donner un conseil.

Avant de songer à réformer l'enseignement, il faudrait commencer par réformer les concours. C'est plus urgent d'abord, et plus rationnel ensuite. Là, est le nœud de la question. Après cette réforme de tous les concours — j'allais dire après cette révolution — toutes les autres réformes suivront. Et, puisque ces choses vous intéressent et vous passionnent, ayez l'œil sur le concours du bureau central des hôpitaux, et surtout ne vous contentez pas d'un sourire !

Pauvres candidats !.....

Croyez, mon cher Laborde, à mon inaltérable amitié et à ma plus haute estime.

H. Huchard.

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

## De l'inertie intestinale

Par M. le Dr Duclos

*Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Tours*

On se heurte à chaque instant dans la pratique à des préjugés qui persistent avec une incroyable ténacité, malgré les démentis que leur donne l'observation et l'expérience. Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un de ceux que vous aurez souvent à combattre, et il faut bien le dire, que vous rencontrerez de temps en temps chez les médecins tout autant que chez les malades. Il a trait à la constipation.

La plupart des personnes, et plus particulièrement des personnes arrivées à un âge assez avancé, éprouvent une sérieuse inquiétude quand un ou deux jours se passent sans évacuation alvine, et cette inquiétude devient une véritable obsession si ce délai atteint trois ou quatre jours. Il n'est personne, même en dehors de la médecine, qui n'ait été souvent le témoin, et le confident de leur anxiété. Témoin ce médecin judicieux pourtant instruit qui, chaque matin à cinq heures, fait lever ses domestiques pour lui préparer son lavement dont l'oubli ou même le simple retard lui feraient redouter que sa santé ou même sa vie fussent compromises. Témoin encore ce directeur d'administration qui, par une crainte préventive de la constipation, ne s'asseoit presque jamais, et s épuise à rester debout devant son bureau de travail. Témoin aussi ce littérateur délicat et gracieux qui ne s'absenterait même pas un jour, sans être muni de son engin évacuateur, dissimulé sous les formes les plus trompeuses. Elle serait interminable la liste des martyrs de l'obsession rectale.

Si par une interrogation attentive et patiente vous cherchez à savoir ce qui peut provoquer une si grande appréhension, vous arrivez toujours à entendre formuler cette idée qui leur semble au-dessus de toute contestation, que la constipation dispose nécessairement à la congestion, et elles entendent par là la congestion cérébrale. C'est là un des exemples de la fâcheuse influence qu'a eue et qu'a encore dans la pratique médicale le mot et l'idée de la congestion. Il y aurait un chapitre de pathologie générale important et utile à faire sur ce sujet. La congestion et l'inflammation au point de vue où l'envisageait, je dirai plus, où l'imaginait Broussais, a été et est encore une des grandes erreurs qui ont eu sur l'étude et la pratique de la médecine une si déplorable influence.

Y a-t-il dans cette crainte quelque chose de sérieux, de raisonnable ? La constipation est-elle coupable de tous les accidents qu'on lui attribue ? Est-elle toujours un mal ? C'est une question dont je vous entretiendrai aujourd'hui en nous plaçant au point de vue exclusivement clinique.

Et tout d'abord, qu'est-ce que la constipation ? D'une manière générale c'est la suppression de toute évacuation alvine pendant un temps qui dépasse le temps qu'on observe ordinairement chez la plupart des hommes en bonne santé, et en particulier chez le malade qui réclame nos soins.

En général, on considère comme utile et convenable que les évacuations soient quotidiennes, ou tout au moins qu'elles aient lieu tous les deux jours. Chez telle ou telle personne en particulier ce délai peut être plus long sans que la santé générale soit aucunement altérée, sans qu'il se produise aucun trouble local, sans la moindre apparence d'un état maladif. On comprend alors combien il est difficile de définir la constipation. Trousseau le savait bien quand il écrivait (clinique de l'Hôtel-Dieu) qu'il y a constipation toutes les fois que les défécations *sont rares*, indépendamment de tout obstacle mécanique au cours des matières, c'est une définition vraiment trop vague, ce n'est pas une solution précise et complète. Elle le serait davantage, ce me semble, si on ajoutait que cette rareté des défécations n'est pas en rapport avec la quantité des aliments, ni avec le temps depuis lequel ils sont absorbés. On s'expliquerait alors pourquoi ce qui est la constipation chez un sujet ne l'est pas chez un autre, pourquoi, par exemple, l'ascète qui vit à peu près de rien n'est pas un constipé malgré la rareté de ses évacuations, alors que le gros mangeur l'est à un très haut degré s'il conserve au delà de quelques jours un stock de résidus alimentaires. Je dirai donc que d'une manière générale la *constipation est le défaut de proportion entre la quantité d'aliments ingurgités, la durée du séjour dans l'intestin des résidus alimentaires, et la quantité de ces résidus.* Ainsi comprise la constipation est chose absolument relative et individuelle.

Nous ne nous occuperons pas ici des cas où le défaut d'expulsion des fèces tient à des conditions pathologiques qui apportent un obstacle mécanique à l'expulsion du bol fécal, et ces conditions sont certainement très nombreuses. Elles comprennent tous les obstacles intra et extra-intestinaux, et plus particulièrement plus fréquemment aussi des obstacles à des points déterminés, de vrais lieux d'élection, le cœcum, l'S iliaque, l'ampoule rectale, les tumeurs du petit bassin, les tumeurs utérines, ovariques, vésicales, les fissures de l'anus, les hémorrhoïdes très développées. Nous réserverons le nom de constipation à la rétention fécale qui a pour cause l'atonie intestinale, le défaut de tonicité musculaire, l'absence de contractions expulsives suffisantes.

La constipation par atonie intestinale ainsi comprise et délimitée, voyons l'influence qu'elle peut exercer sur la santé. Un fait frappe tout d'abord, et ce fait se vérifie tous les jours. La constipation est en général un signe de force et j'entends ici non pas seulement de force musculaire, mais de force organique, de force de résistance.

Observez ce qui se passe dans les agglomérations d'ouvriers employés à un rude travail. Ceux qui ont la déféca-

Digitized by Google

tion facile, les défécations répétées même, sans la moindre diarrhée, sont incapables des efforts de travail qui n'entraînent aucune fatigue chez l'homme dont l'intestin est ferme. La remarque en est faite par les ouvriers eux-mêmes, et exprimée dans un langage que vous avez tous plus d'une fois entendu, très pittoresque dans leur bouche, impossible dans la nôtre.

Voyez dans les marches forcées, dans les marches militaires. Les hommes dont l'intestin est faible, délicat, sont incapables de résister. Ils restent en route.

Examinez les femmes qui sont généralement disposées à la constipation. Voici une jeune mère délicate en apparence, mangeant peu, plutôt maigre : son enfant devient malade. Elle passe dix, vingt nuits sans se coucher, incessamment occupée dans un état d'inquiétude qui contribue à la déprimer encore. Mais son intestin est solide. Elle a une ou deux évacuations par semaine, et elle résiste à la fatigue, à l'insomnie, à la douleur, alors que le père tout aussi inquiet, tout aussi ému, a un irrésistible besoin de sommeil et d'alimentation. Ce sont des faits que nous observons tous les jours, et nous nous figurons les avoir expliqués en parlant de l'excitabilité nerveuse plus prononcée de la femme. Pauvre explication !

Autre exemple : Voyez ce qui se passe dans les communautés religieuses cloîtrées et austères, et plus particulièrement dans les communautés de femmes. Peu d'exercice, peu d'aération, une alimentation peu abondante et médiocre de qualité, sans aucune variété, peu de mouvement, peu de sommeil, des jeûnes, des abstinences, aucune précaution contre les refroidissements, l'obligation volontaire mais qui n'en est pas moins strictement observée de résister aux besoins naturels quand ils se produisent à certains moments comme l'heure de la prière ou des exercices religieux. Il semblerait que ces conditions qui révoltent et déconcertent un hygiéniste classique devraient être une source de maladies, une cause d'abréviation de la vie. Il n'en est rien. Vous trouverez là des personnes qui atteignent un âge très avancé, la vraie vieillesse, et qui la supportent allègrement, travaillant, se soumettant à la règle austère, jusqu'à la dernière heure. Leur intestin fonctionne peu, à intervalles assez éloignés. Elles en ont si peu le souci que le plus souvent elles l'ignorent. Quelle leçon d'hygiène ! Quel chapitre de vraie médecine !

Le même fait se passe, dans des conditions cependant moins frappantes, chez les personnes que leur profession ou leur goût appelle à voyager presque continuellement. Forcées souvent de résister à un besoin de défécation, elles habituent leur intestin d'abord à une grande tolérance qui se transforme ensuite en une véritable inertie. Souvent la constipation a une telle tenacité qu'elles ont recours à des moyens adjuvants, lavements, ou drogues à peine laxatives, et cet état se prolonge et dure bien des années quelquefois pénible, souvent désagréable, rarement offensif.

Il en est de même pour un grand nombre d'hommes dont la vie presqu'entière est toute extérieure, qui ne sont presque jamais libres d'eux-mêmes, qui appartiennent au public. Et ces hommes n'ont du fait de leur constipation aucun accident sérieux. Je pourrais multiplier les exemples. Ils sont de chaque jour, de chaque instant, et ils démontrent tous la parfaite innocuité de la simple constipation, c'est-à-dire du simple séjour des matières fécales dans l'ampoule rectale.

On peut donc affirmer que la constipation indépendante de toute lésion organique ou de mauvaise disposition constitutionnelle est certainement, non pas une cause, mais un signe de force intrinsèque de résistance, et cette observation est vraie non seulement pour l'homme, elle l'est aussi pour les animaux. Le cheval, dont les évacuations sont molles et fréquentes et même simplement molles sans fréquence anormale, est incapable d'assurer un bon service. Il est peu résistant à la fatigue, alors même que sa structure générale, que ses formes, que son ossature, que ses muscles ne laissent rien à désirer. C'est de notoriété vulgaire.

Le chien appelé à de longues courses est incapable de cet exercice pénible et prolongé si son intestin se vide facilement. La même observation s'applique à tous les animaux domestiques qui doivent donner une grande somme de force. L'état de leur intestin donne la mesure de leur résistance à la fatigue.

On imaginerait difficilement combien de temps les matières fécales peuvent séjourner impunément dans l'intestin. J'en ai cité (*Journal des praticiens*, 19 août 1891) des exemples des plus frappants. Je ne fais que les rappeler.

M. M..., neveu d'un des grands financiers de la Restauration, fut chargé de terminer en Espagne des règlements de compte litigieux. On sait ce qu'était alors un pareil voyage. M. M., à l'état de santé, n'avait d'évacuations que tous les quinze ou dix-huit jours. Il en avait eu une la veille de son départ. Pendant toute la durée de son voyage qui fut de *cinquante-quatre jours* il n'en eut pas une seule. Il revint à Tours comme il était parti. Cette disposition, objet de tant de terreur pour les malades et pour beaucoup de médecins, ne le troubla en rien. Je le suivais avec intérêt et curiosité. Il n'était jamais malade. Il fallut qu'à l'âge de quatre-vingts ans une broncho-pneumonie vînt mettre fin à son existence.

Mme M..., sa femme, était de même. Tous les quinze ou même vingt jours elle avait une évacuation de matières dures, abondantes, dont elle facilitait *quelquefois* l'expulsion par un lavement d'eau chaude quand elle sentait l'évacuation très prochaine.

Un de mes distingués confrères, le Dr Dillay, de Loudun, me communiquait un fait du même genre. Une vieille femme, à la campagne, est atteinte d'une fracture du col du fémur. L'appareil est appliqué avec la recommandation d'un repos complet. Après *cinquante-six jours*, je dis bien

Digitized by Google

cinquante-six jours, la famille s'aperçoit que depuis l'accident il n'y a eu aucune évacuation de matières fécales. La malade n'y avait jamais pensé, n'éprouvant ni besoin, ni douleur. Elle avait continué de manger, sans autre souci. Elle ne se sentait pas malade.

Ces deux faits sont les plus complets que j'aie observés, mais beaucoup de confrères m'ont, depuis la publication de mon travail (août 1891), cité des faits analogues, quoique pourtant moins prononcés. Ce que j'ai vu très souvent, ce que tous les médecins ont constaté également, c'est la rétention des matières fécales se prolongeant pendant dix à douze jours sans causer le moindre trouble de la santé, et j'ajoute sans aucun retentissement sur les fonctions du cerveau. Je l'ai vérifié un bon nombre de fois, chez des hommes d'une très haute intelligence avec lesquels ma profession me créait des rapports de confiance particulière. Leur esprit était aussi lucide, aussi puissant, ils n'éprouvaient ni lourdeur de tête ni le moindre embarras d'esprit.

On voit donc combien peut être inoffensif le séjour prolongé, très prolongé des matières fécales dans l'ampoule rectale, inoffensif au point de vue de la santé générale, inoffensif au point de vue du trouble local. Mais ce serait commettre une grande erreur que de ne pas tenir compte des conditions absolues qui donnent à la constipation ce caractère d'innocuité. Cette innocuité n'est absolument certaine qu'autant qu'il ne se produit ni un travail inflammatoire ni une décomposition putride des matières fécales dans le rectum. Dans ces deux cas, la question change complètement. La décomposition putride, l'absorption des produits qu'elle engendre, même en petite proportion, conduit promptement à la stercorémie aiguë, une des affections les plus graves et les plus rebelles à la médication.

Ne perdez jamais de vue ce point essentiel. Donnez-lui l'importance d'un aphorisme : *tant que le séjour des matières fécales accumulées dans l'ampoule rectale ne détermine ni fièvre, ni décomposition putride, il n'y a pas place à l'inquiétude*, et il faut bien le dire, c'est heureusement la règle générale. Au contraire, dès que la fièvre apparaît, dès que la putridité s'établit dans l'accumulation fécale, agissez sans retard et agissez activement.

Comment agir?

La première indication est de vider l'intestin. C'est alors qu'il convient de recourir aux lavements abondants à l'eau chaude, à la glycérine, à l'eau miellée, à l'infusion de sené, des vrais lavements, et pour mieux dire de véritables irrigations prolongées, puis faire usage en même temps d'huile de ricin à doses fractionnées, afin que l'estomac la supporte et ne la rende pas, l'infusion de sené, le calomel. Si ces moyens ne suffisent pas, gardez-vous de différer. Faites le nettoyage du rectum avec une curette, et mieux encore avec l'index qui est une curette intelligente, et faites ce déblaiement complet.

Ce résultat obtenu, faites et répétez des lavages à l'eau boriquée ou faiblement phéniquée, mais de vraies et abondantes irrigations et ne cessez que si un examen attentif du rectum et de l'S iliaque vous donne la certitude que l'intestin est complètement exonéré, absolument net.

Si la fièvre, vraie fièvre de résorption putride survient, hâtez-vous d'administrer la quinine, et de préférence le chlorhydrate très soluble, et très titré en quinine. Ne perdez pas de vue que la quinine est l'antiseptique interne par excellence, qu'on peut toujours et partout la prescrire sans danger. Insister plus que jamais sur les irrigations rectales antiseptiques. Faites ce que fait le chirurgien en présence d'une rétention placentaire qui va devenir infectante. L'infection par rétention stercorale est moins fréquente, peut-être aussi moins grave, mais nul ne peut dire les conséquences possibles. Il faut donc que l'intervention soit très active et très prévoyante.

Je me résume en quelques mots : La constipation par simple paresse ou torpeur de l'intestin est généralement inoffensive et n'exige pas une médication prompte et active. Elle est au contraire des plus graves et exige une intervention médicale immédiate et puissante dès qu'on peut redouter soit des phénomènes inflammatoires, soit surtout la putridité et l'infection stercorale.

# HYGIÈNE

## De la saisie des viandes provenant d'animaux tuberculeux

Par E. Thierry, *vétérinaire,*
*directeur de l'Ecole d'agriculture de Beaune*

Depuis vingt-cinq à trente ans, c'est-à-dire depuis l'époque où l'autorité a compris quelle était, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques, l'importance de l'inspection scientifique des viandes de boucherie et de toutes les denrées alimentaires, les vétérinaires n'ont jamais été d'un parfait accord relativement au degré de nocuité des viandes provenant d'animaux tuberculeux. La saisie de ces produits plus ou moins malsains a été bien souvent faite d'une manière tout à fait arbitraire. Tandis que tel vétérinaire, inspecteur d'abattoir, faisait la saisie totale et la dénaturation d'un animal abattu chez lequel il rencontrait quelques traces, parfois insignifiantes, de tuberculose ; tel autre ne rejetait de la consommation que ceux chez lesquels la maladie était généralisée et dont les lésions avaient envahi toute l'économie ; tel autre enfin *épluchait* le cadavre aussi bien que possible et le laissait vendre,

Evidemment cette divergence d'appréciation pouvait être dangereuse pour le consommateur. Ou bien on laissait consommer à celui ci des substances contagifères ; ou bien la saisie totale injustifiée était coûteuse et parfois ruineuse pour le propriétaire ou pour le premier vendeur de la bête abattue.

Depuis longtemps, les sociétés vétérinaires de Paris et

Digitized by Google

de province ont mis à l'étude la question que, d'ailleurs, les discussions n'ont point fait avancer. Il en a été de même au Congrès de la tuberculose où elle a été présentée plusieurs fois.

Toutefois des vœux ont été émis, auxquels on a satisfait par l'arrêté du Ministre de l'Agriculture, en date du 28 septembre 1896. Cet arrêté détermine assez exactement l'étendue des lésions devant entraîner les saisies totales ou partielles.

**République Française**

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE

—

ARRÊTÉ

Le Ministre de l'Agriculture,

Vu la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux;

Vu le décret du 22 juin 1882 portant règlement d'administration publique pour l'exécution de ladite loi ;

Vu le décret du 28 juillet 1888 qui ajoute de nouvelles maladies, et notamment la tuberculose, dans l'espèce bovine, à la nomenclature établie par l'article premier de la loi du 21 juillet 1881 ci-dessus visée ;

Vu l'article XI de l'arrêté ministériel du 28 juillet 1888 qui détermine les cas dans lesquels les viandes provenant d'animaux tuberculeux doivent être exclues de la consommation ;

Vu l'avis du Comité consultatif des épizooties ;

Sur le rapport du directeur de l'Agriculture,

Arrête :

Article premier. — L'article XI de l'arrêté ministériel du 21 juillet 1888 est modifié ainsi qu'il suit :

Les viandes provenant d'animaux tuberculeux sont saisies et exclues en totalité ou en partie de la consommation, suivant la nature et l'étendue des lésions constatées, ainsi qu'il est ci-dessous déterminé.

Elles sont saisies et exclues en totalité de la consommation :

1° Quand les lésions tuberculeuses, quelle que soit leur importance, sont accompagnées de maigreur ;

2° Quand il existe des tubercules dans les muscles ou dans les ganglions intra-musculaires ;

3° Quand la généralisation de la tuberculose se traduit par des éruptions miliaires de tous les parenchymes et notamment de la rate ;

4° Quand il existe des lésions tuberculeuses importantes à la fois sur les organes de la cavité thoracique et sur ceux de la cavité abdominale.

Elles ne sont saisies et exclues qu'en partie de la consommation :

1° Quand la tuberculose est localisée soit à la cavité thoracique, soit à la cavité abdominale ;

2° Quand les lésions tuberculeuses, bien qu'existant à la fois dans la cavité thoracique et dans la cavité abdominale, sont peu étendues.

La saisie et l'exclusion de la consommation ne portent dans ce cas que sur les portions de viande (parois costales ou abdominales) qui sont directement en contact avec les parties malades de la plèvre ou du péritoine

Dans tous les cas, les organes tuberculeux sont saisis et détruits, quelle que soit l'étendue de la lésion.

Toutefois, les viandes suffisamment grasses peuvent être remises au propriétaire, après stérilisation prolongée pendant une heure au moins soit dans l'eau bouillante, soit dans la vapeur sous pression ; mais la stérilisation ne pourra avoir lieu qu'à l'abattoir, sous le contrôle du vétérinaire inspecteur.

Art. 2. — Les préfets des départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris le 28 septembre 1896.

*Le Président du Conseil, Ministre de l'Agriculture,*
J. MÉLINE.

Cet arrêté utile, nécessaire, attendu depuis longtemps, sera-t-il exécuté ?

Il est permis d'en douter.

Les localités, voire les petites villes de province, où l'inspection des abattoirs et des boucheries est organisée, sont rares. Il est même encore beaucoup de chefs-lieux d'arrondissement et, surtout, de chefs-lieux de canton, où il n'y a pas d'abattoir public, chaque boucher ayant dans sa propre maison sa *tuerie* particulière.

Et comment pénétrer chez cet industriel ?

Il ne faut guère compter sur les municipalités qui mettent trop souvent leur intérêt privé et surtout leur intérêt électoral au-dessus de l'intérêt public. Et, à supposer qu'un maire ait la fermeté nécessaire pour ordonner la visite sanitaire de la tuerie de tel ou tel boucher, celui-ci trouvera toujours des amis, conseillers municipaux, pour protester contre l'outrecuidance d'un maire, d'un commissaire de police et d'un vétérinaire qui auront osé violer le domicile d'un électeur influent.

Que feront les préfets de plus que les maires ?

En même temps qu'ils le faisaient insérer au *Recueil des actes administratifs*, les préfets se sont hâtés de transmettre l'arrêté ministériel, accompagné ou non de commentaires, aux maires de leurs départements respectifs.

Et après ?

N'y a-t-il pas la force d'inertie plus puissante qu'un arrêté ministériel et qu'une circulaire préfectorale ?

Il y a longtemps que les vétérinaires réclament la saisie totale des animaux maigres et tuberculeux ; et, comme le dit M. Rossignol, de Melun, l'hygiène du troupier gagnera à cet arrêté ; le malheureux soldat pourra au moins manger en toute sécurité la viande plus ou moins appétissante qui lui est fournie. Au reste, les médecins militaires qui, avec les vétérinaires, ont la charge de l'inspection des viandes destinées à l'armée, ont maintenant un guide pour accepter ou refuser les produits alimentaires.

Cependant il reste une difficulté qui n'est pas de faible importance. C'est la constatation de l'état des ganglions intra-musculaires. Sont-ils bien indemnes de tuberculose ? Faudra-t-il taillader la viande pour constater l'état sain ou non de ces ganglions parfois très profonds ?

Mais nous reviendrons sur ce sujet dans un article ultérieur.

Contentons-nous de constater le résultat acquis par l'arrêté ci-dessus reproduit. Et pourtant ce n'est pas tout.

Cet arrêté sera vain et sans le moindre effet utile s'il n'est appuyé par un autre, non moins nécessaire, éta-

Digitized by Google

blissant l'inspection vétérinaire obligatoire dans tous les abattoirs publics et dans toutes les tueries particulières.

Il faut bien qu'on sache, en effet, que si l'autorité prescrit l'inspection des abattoirs publics des villes, les viandes malsaines reflueront dans les campagnes, où l'inspection des viandes n'est pas organisée, et seront débitées par des bouchers peu honnêtes et souvent, ramenées clandestinement en ville et vendues par d'autres bouchers moins honnêtes encore et sans aucun scrupule ayant, comme on dit, des entreprises de *fournitures*.

L'arrêté complémentaire, que nous réclamons, est d'autant plus indispensable que l'on trouve des municipalités se plaignant de la conscience extrême avec laquelle certains inspecteurs font leur devoir. Nous avons été témoin de faits profondément tristes comme celui-ci : Tout un conseil municipal radical-socialiste s'insurgeant contre un modeste vétérinaire-inspecteur ayant le tort d'être trop instruit et trop zélé et défendant, envers et contre tous, la santé de ses concitoyens contre des marchands de viandes notoirement malsaines. Et cela s'est passé dans une grande ville industrielle ne comptant pas moins de 60,000 habitants, où la boucherie est peut-être la plus mauvaise de toute la France.

Le 31 décembre dernier, l'inspecteur-vétérinaire, directeur de l'abattoir de Roanne, ancien membre du corps enseignant de l'Ecole vétérinaire de Lyon, nommé à la suite d'un brillant concours et choisi entre sept candidats, a été révoqué sous le fallacieux prétexte d'économie. Il a été remplacé par un ancien boucher plein de tendresse pour ses confrères. Mais cet agent, ne satisfaisant pas aux exigences de l'article 90 du règlement d'administration publique du 22 juin 1882, on a dû le faire assister d'un vétérinaire assez peu respectueux de sa dignité professionnelle pour jouer ce triste rôle.

Or, si des municipalités puissantes, devant également être intelligentes, peuvent avoir aussi peu souci de l'hygiène et de la santé de leurs concitoyens, comment veut-on que des municipalités de pauvres communes rurales, où la consommation de viande est restreinte, aient plus de souci qu'elles de l'hygiène et de la salubrité publiques auxquelles elles ne connaissent rien.

Quoi qu'il en soit il y a lieu d'agir et d'imposer à toutes les communes de France possédant au moins une boucherie, l'inspection sanitaire des viandes. Ce ne sera pas chose facile.

Il n'y a, à la campagne, que deux hommes intelligents, instruits, compétents et vraiment désintéressés qui puissent faire respecter par les populations rurales les lois, règlements, décrets et arrêtés relatifs à l'hygiène et à la salubrité publiques, c'est le médecin et le vétérinaire. Seuls, sans nul souci de leurs intérêts personnels respectifs, ils ont l'amour-propre professionnel et assez d'influence et d'autorité sur leurs clients pour leur faire accepter des mesures, en apparence vexatoires, cependant si utiles. Mais pour que les conseils du médecin, comme ceux du vétérinaire, puissent avoir tout leur effet, il faut absolument que ces hommes de devoir strict soient secondés par l'autorité qui doit les considérer, dans ces questions spéciales, comme des auxiliaires indispensables et dévoués.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, parce que la politique s'en mêle, qu'elle gâte et contamine tout ce qu'elle touche, de son néfaste bacille.

# ODONTOLOGIE

## De la maladie de Fauchard, sa pathogénie

Par M. le Dr Marchandé, *médecin-dentiste de la Pitié*

La pyorrhée alvéolaire, décrite pour la première fois en 1728 par Fauchard, le père de la chirurgie dentaire, a été considérée comme se développant plus particulièrement chez les arthritiques.

Pour lui donner naissance il faut, écrivions-nous en 1891 dans ce même journal, aptitude morbide.

C'est une manifestation diathésique concomitante ou consécutive à des phases primitives d'arthritisme soit eczémateuses, goutteuses, rhumatismales, névralgiques, diabétiques, etc.

Il y a dégénérescence graisseuse tissulaire du périoste radiculaire avec écoulement de lympho-pus et précipitation des sels calcaires sur la racine des dents reconnaissant pour cause l'hyperacidité du plasma sanguin.

Galippe considère cette affection comme de nature parasitaire. A l'appui de sa théorie il a isolé deux microbes dont il a fait des cultures et décrit les caractères particuliers.

Tout en reconnaissant un caractère infectieux dans la suite, n'est-on pas en droit de supposer que ces microbes, rencontrés une fois la maladie confirmée, peuvent apparaître comme ceux de la carie dentaire après la période du début et être plutôt la conséquence que la cause primordiale. Avant tout parasitisme, il existe une lésion qui se développe sur un terrain préparé (l'arthritisme) à la phase parasitaire.

Cette pathogénie semble concorder avec les derniers travaux de Moty : « Cette affection, dit-il, qui entraîne la chute prématurée des dents saines en apparence, est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine ; la compression de la pulpe amenant son atrophie et secondairement celle de l'alvéole. » Cette maladie serait donc la conséquence d'un excès de sels de chaux dans l'économie.

On doit, par ce fait, la classer dans les scléroses et abandonner l'hypothèse de pathogénie microbienne.

Le même processus s'applique à la chute des dents chez les vieillards ; il est donc facile d'expliquer sa présence fréquente chez les artério-scléreux.

Traitement : partant de ce principe, on a conseillé la trépanation du canal dentaire. Malheureusement cette opération se trouve contre-indiquée la plupart du temps par

Digitized by Google

l'état trop avancé des lésions au moment où les malades viennent consulter. La thérapeutique se trouve alors réduite au traitement local.

La première nécessité est de déterger la masse fibreuse des liquides qui la dissocient. On répond à cette indication par des lavages antiseptiques dont le meilleur est l'eau oxygénée.

Il faut ensuite débarrasser le périoste des concrétions calcaires à l'aide d'instruments appropriés. Une recommendation particulière est de ne pas se contenter de gratter le périoste cémentaire, mais de se rappeler que la partie alvéolaire elle-même étant recouverte de périoste, il est indispensable de tourner son instrument de ce côté et de gratter dans tous les sens; nombre d'insuccès sont dus à cet oubli.

La troisième indication consiste à resserrer le ligament en favorisant la formation de tissu fibreux.

Aucun médicament n'a donné de résultat supérieur à celui de l'acide sulfurique monohydraté.

Porter une goutte d'acide sulfurique au bout d'une tige de platine au fond de l'alvéole, en neutraliser ensuite les effets par une injection intra-alvéolaire de bicarbonate de soude. Répéter ce traitement à huit jours d'intervalle et on obtiendra, sinon toujours une guérison radicale, du moins une amélioration pouvant durer quelquefois plusieurs années.

## ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

### Myocardite diphtérique

Chez l'homme, la pathogénie des lésions de myocardite diphtérique est rarement simple, et il est très difficile de suivre les diverses phases du processus anatomo-pathologique. Cependant Papkoff (*Vratch*, 1895) ayant fait l'examen de neuf sujets morts de diphtérie et non traités par le sérum, en avait été amené à émettre les conclusions suivantes : à savoir que le muscle cardiaque peut être influencé de très bonne heure par l'action destructive du poison diphtérique. Dans les cas où la maladie marche rapidement, l'action du poison se manifeste par la modification de la substance intrafibrillaire, qui a pour résultat la fragmentation des fibres. Dans les cas où la maladie dure un certain temps, ce sont des phénomènes de myocardite interstitielle qui occupent la première place.

Mais cette méthode d'examen direct au hasard des autopsies n'est pas suffisante pour avoir une idée nette des altérations du myocarde ; la méthode expérimentale permet plus de précision. Hera a vu dans un myocarde de lapin infecté avec le bacille de Lœffler une dégénérescence granuleuse plus ou moins intense des cellules musculaires. Comba, au contraire, arrive à des conclusions un peu différentes. Il établit d'abord que les lésions du myocarde s'observent aussi bien avec des cultures filtrées et injectées qu'avec le bacille lui-même. Les lésions intéressent soit la cellule musculaire, soit le tissu conjonctif interstitiel et les vaisseaux ; il n'y a eu aucun rapport direct entre l'intensité des altérations des éléments contractiles et l'intensité des altérations du tissu conjonctif interstitiel. Les lésions du myocarde dans la diphtérie ne diffèrent pas des autres lésions infectieuses ou toxi-infectieuses qu'on observe sur cet organe.

Mollard et Regaud (*Annales Institut Pasteur*, 1897, n° 2), viennent de publier une série de recherches anatomo-pathologiques des plus intéressantes sur ce sujet. Ils se sont servis de toxines microbiennes et ont déterminé chez des animaux des lésions qu'ils ont pu observer à toutes les phases de leur évolution. Macroscopiquement, jamais ils n'ont constaté d'épanchement péricardique, mais souvent sous le péricarde ou sous l'endocarde, ils ont trouvé des ecchymoses de dimensions variables auxquelles ils n'attribuent pas d'importance, car elles peuvent se faire pendant l'agonie. Cependant, il est certain que l'intoxication diphtérique par les lésions vasculaires qu'elle détermine, prédispose aux hémorragies. Le bord libre des valvules auriculo-ventriculaires, principalement de la mitrale, est parfois gonflé et présente de petites granulations roses. La coloration du myocarde est presque toujours modifiée, il a un aspect bigarré dû à des zônes pâles alternant avec des zônes rouges.

Microscopiquement, les lésions sont plus intéressantes ; elles portent sur l'élément musculaire, les espaces conjonctifs et les vaisseaux. Les modifications que subit la fibre cardiaque sont un *état granuleux* qui paraît survenir le premier en date, ces granulations paraissent résulter de la discordance des cylindres primitifs voisins, et d'une succession irrégulière de disques dans un même cylindre. La disparition complète de la striation transversale s'observe souvent ; mais, par contre, il y a des états anormaux caractérisés par l'exagération de la striation transversale.

Parfois, la fibre prend un aspect grillagé, la fibre est divisée transversalement par des stries généralement fines, plus écartées les unes des autres que les lignes normales de la striation en travers. L'entrecroisement des lignes longitudinales et des lignes transversales donne à la fibre musculaire un aspect quadrillé. Dans certains cas, on observe la diminution absolue ou relative du nombre des cylindres contractiles et l'augmentation du protoplasma, ce que Renaut appelle l'*atrophie hyperplasmique*. Le protoplasma des fibres hyperplasmiées peut être absolument sain ou être creusé de vacuoles. Une partie plus ou moins considérable de la fibre peut être devenue homogène. Cette hyperplasmie s'observe surtout chez les animaux qui ont eu une survie longue.

Quelquefois, la striation disparaît, la fibre cardiaque prend un aspect homogène, devient opaque, réfringente, prend plus fortement les matières colorantes. Cet aspect réfringent ne s'observe pas sur toutes les cellules d'une même fibre, ni sur toutes les parties d'une même cellule. Cette lésion est précoce, ce qui est grave, car elle semble

Digitized by Google

aboutir, à brève échéance, à la vacuolisation et à l'exsudation sarcodique.

En même temps, on observe d'importantes modifications dans la continuité des fibres, qui aboutissent en fin de compte à la dissociation segmentaire. Dans l'intérieur des fibres, on rencontre souvent un état particulier de *vacuolisation* caractérisée par la présence dans leur intérieur ou sur leurs bords d'excavations remplies d'une substance ne prenant pas les matières colorantes. L'époque de leur apparition est très variable ; on en voit un petit nombre dans les cas suraigus, beaucoup plus dans les cas aigus ou subaigus. Ce sont des cavités creusées aux dépens de la cellule musculaire, et contenant un liquide clair peu albumineux. Dans les zônes où les fibres cardiaques sont les plus altérées, on rencontre, dans les espaces conjonctifs du myocarde, une *substance homogène* qui les remplit en se moulant exactement sur le contour des fibres musculaires et des capillaires sanguins; c'est le plasma musculaire qui a diffusé en dehors de la fibre, dans les fentes conjonctives, sous forme de boules sarcodiques, qui, d'abord isolées, deviennent confluentes. C'est, en un mot, un *exsudat sarcodique*. Les noyaux des cellules musculaires prennent mal la matière colorante, et parfois ces mêmes cellules sont en état d'évolution régressive.

Les lésions musculaires sont constantes, la tunique externe est assez souvent infiltrée de leucocytes, de même que la tunique moyenne ; mais celle-ci, en plus, subit la dégénérescence vitreuse, quand la maladie a été chronique. La fibre musculaire lisse des artères, paraît aussi sensible que la fibre striée vis-à-vis du poison diphtérique. Les parois sont parfois épaissies en masse et fréquemment sous l'influence des lésions vasculaires, il se produit des hémorragies interstitielles. Les thromboses veineuses ne sont pas rares.

Dans les espaces conjonctifs, on trouve de l œdème, de l'*infiltration fibrineuse des espaces conjonctifs* ; cet exsudat fibrineux est intimement lié aux altérations vasculaires et aux hémorragies. Mais la modification la plus importante du milieu vasculo-connectif, c'est l'*hyperleucocytose* qui est ou vasculaire, ou interstitielle : soit diffuse, soit nodulaire. C'est surtout dans les foyers importants de désintégration que les leucocytes abondent, et ces foyers de désintégration deviennent ainsi de véritables foyers de phagocytose, en donnant au mot phagocytose son sens le plus large. Ces leucocytes eux-mêmes, sont le plus souvent mononucléés, et beaucoup d'entre eux sont en voie de destruction, ils subissent l'influence du poison, ils meurent et se désagrègent.

Cependant, ils résorbent les débris musculaires, et particulièrement les exsudats sarcodiques, ils déblayent le terrain et préparent la sclérose cicatricielle.

En somme, du travail de Mollard et Regaud, il résulte ce fait, c'est que la lésion constante, quelquefois la seule qui existe, la lésion qui apparaît la première et reste jusqu'à la fin prédominante, c'est celle qui atteint la fibre musculaire cardiaque. L'altération parenchymateuse est le fait fondamental qui résulte de l'action des toxines diphtériques.

Ces lésions parenchymateuses n'existent pas seulement dans la diphtérie expérimentale ou observée chez l'homme, mais récemment Weill (*Arch. méd.*, 1895, et *Revue des maladies de l'enfance*, déc. 96) a décrit une myocardite parenchymateuse aiguë survenant chez l'enfant, particulièrement dans le cours d'une endocardite chronique et paraissant dériver d'une infection ou d'une toxhémie provoquée par le rhumatisme, l'érysipèle. Les lésions de cette myocardite parenchymateuse qui, cliniquement, ne produit aucune modification du rythme cardiaque sont caractérisées par une augmentation de volume du fuseau protoplasmique circumnucléaire, la dissociation et la raréfaction des fibrilles élémentaires, la prolifération avec hypertrophie des noyaux, la diminution considérable de la striation musculaire, et l'absence totale de lésions interstitielles ou vasculaires. — M. Deguy.

## Formulaire du Praticien

### Traitement de l'acné vulgaire

L'acné vulgaire est d'observation quotidienne et c'est pour cette raison que nous croyons utile à nos lecteurs de leur en indiquer le traitement d'après notre distingué collaborateur M. Hallopeau (*Traité de thérapeutique appliquée*, f. II). Dans l'acné punctata, il faut avant tout débarrasser les orifices glandulaires des concrétions qui les obstruent, et la pression latérale est encore le moyen le plus simple. On a conseillé, pour empêcher de nouvelles concrétions de se produire, l'application d'eau aussi chaude que les malades peuvent la supporter. On ajoutera avantageusement à cette eau chaude, soit du borax, soit du carbonate de soude ou de potasse à la dose de 1 à 10 gr. p. 1000, soit du savon mou de potasse, soit du savon au soufre, à l'ichthyol ou au salol. Si les comédons sont trop nombreux pour être enlevés, on les décolore par l'application de lanoline associée à de l'eau oxygénée ou vinaigrée.

Divers topiques rendent des services dans le traitement local des différentes formes d'acné séborrhéique ; ils sont pour la plupart à base de soufre ; l'ichthyol le naphtol, le thiol, les acides phénique et salicylique, la résorcine, les mercuriaux et le chlorhydrate d'ammoniaque peuvent ainsi exercer une action médicatrice. Les préparations actives peuvent être employées sous forme de pommades, de pâtes, d'emplâtres, de vernis ou de liquides. Parmi les pommades, on peut choisir comme excipient la vaseline, la lanoline, la résorcine, l'axonge fraîche ou l'huile de dauphin. Il faut citer les formules suivantes :

1° Axonge fraîche benzoïnée..... 30 grammes
Soufre précipité et lavé..... } ãã 5 —
Savon mou de potasse..... }

F. s. a. une pommade.

Digitized by Google

2° Lait de soufre..... 2 à 5 grammes
Carbonate de potasse..... 0 gr. 20 à 1 gr.
Faites dissoudre, puis ajoutez :
Vaseline..... 20 grammes
F. s. a. une pommade.

Dans cette préparation, le soufre est associé au naphtol :

1° Savon..... 10 grammes
Axonge benzoïnée..... 20 à 30 —
Lait de soufre..... } àà 5 —
Naphtol..... }
F. s. a. une pommade.

2° Savon..... } àà 10 grammes
Vaseline..... }
Naphtol..... 3 à 5 —
Soufre précipité et lavé... 3 —
F. s. a. une pommade.

Lassar conseille un pâté résorciné à 20 0/0.

Unna formule ainsi ;

Pommade à l'acide benzoïque. 80 grammes
Résorcine..... } àà 10 —
Kaolin..... }
F. s. a. une pommade.

Schütz conseille les pommades de soufre et acide salycilique, à la résorcine, au naphtol.

On peut incorporer les médicaments dans du collodion ou de la traumaticine.

Collodion élastique..... 30 grammes
Ichthyol..... 2 —
Résorcine..... 1 —
F. s. a. (Petrini).

Le plus souvent, les préparations liquides sont préférées aux préparations grasses :

1° Carbonate de potasse..... 5 grammes
Glycérine..... } àà 50 —
Alcool..... }
Dissolvez.

2° Eau de fleurs d'oranger..... 20 grammes
Alcool..... 80 —
Résorcine..... 2 gr. 25
Glycérine..... 1 gramme
Dissolvez.

Schwimner se sert de la solution de thiol à 25 0/0, Philippson de l'acide acétique à 6 p. 1000 dans l'alcool.

On peut encore employer :

1° Eau bouillie..... 200 grammes
Alcool camphré..... 25 —
Soufre précipité et lavé..... 15 —
F. s. a.

2° Savon..... 50 grammes
Alcool..... 100 —
Filtrez et ajoutez :
Lait de soufre..... 5 —
F. s. a.

Le sublimé, le calomel, le chlorhydrate d'ammoniaque, en solution relativement forte sont d'un usage fréquent et peuvent rendre de grands services. On peut également recommander l'acide phénique à 1 p. 50 dans la glycérine, l'acide salycilique de 2 à 4 0/0 dans la vaseline ou l'alcool. Les doses des principes actifs seront variables suivant les sujets et suivant leur tolérance, car chez certains malades on observe des inflammations vives des téguments. Les pulvérations soufrées, une cure hydrominérale à Uriage ou à Aix par exemple, produisent fréquemment d'excellents résultats.

Les scarifications constituent un des moyens d'action les plus puissants lorsque l'acné s'accompagne de dilatation vasculaire, comme dans le couperse. On peut cependant leur reprocher d'entraîner parfois, chez les sujets prédisposés, la production de petites cicatrices qui, bien que très peu apparentes, modifient sensiblement, en raison de leur multiplicité, l'aspect du tégument. Il faut rapprocher de cette médication les cautérisations ponctuées pratiquées soit avec le galvanocautère, soit avec le thermocautère. — M. D.

## Posologie infantile

Caféine. — Tonique du cœur, stimulant du système nerveux, diurétique; se donne en injections hypodermiques sous forme de benzoate de caféine et à l'intérieur sous forme de citrate de caféine.

1° *Injections hypodermiques de benzoate de caféine* :

Caféine..... } àà 1 gramme
Benzoate de soude..... }
Eau distillée..... 10 —

La caféine n'est complètement dissoute qu'à chaud; avant l'injection, mettre le flacon au bain-marie. Chaque seringue de 1 gr. renferme 0 gr. 10 de caféine.

De 0 à 15 mois..... 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour
De 15 mois à 3 ans..... 0 gr. 15 à 0 gr. 20 —
De 3 à 5 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 30 —
De 5 à 10 ans..... 0 gr. 30 à 0 gr. 50 —

2° *Citrate de caféine.* — Se donne à l'intérieur, en potions ou en pilules, aux mêmes doses que la caféine en injection.

Potion : Sirop simple..... } àà 25 grammes
Eau distillée..... }
Rhum..... 10 —
Citrate de caféine.. 1 —

La cuillerée à café renferme environ 0 gr. 05 de citrate de caféine.

Calomel (protochlorure de mercure), purgatif cholagogue, antiseptique intestinal.

Comme purgatif, en une seule dose :

De 0 à 6 mois..... Abstention
De 6 à 15 mois..... 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour
De 15 mois à 3 ans..... 0 gr. 10 à 0 gr. 20 —
De 3 à 5 ans..... 0 gr. 20 à 0 gr. 30 —
De 5 à 10 ans..... 0 gr. 30 —

Comme antiseptique intestinal, doses faibles et fractionnées.

De 0 à 6 mois..... Abstention
De 6 à 15 mois.... 0 gr. 005 3 à 5 fois à 1 heure d'intervalle
De 15 mois à 3 ans. 0 gr. 01 5 à 6 fois —
De 3 à 5 ans..... 0 gr. 02 4 à 5 fois —
De 5 à 10 ans..... 0 gr. 03 5 à 6 fois —

Le calomel est excellent comme antiseptique de l'intestin ; il ne faut pas en répéter l'administration tous les jours. On le donne mélangé à du sucre dans un peu de lait, ou d'eau, ou de miel.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Des avantages de l'hydrothérapie hivernale.** — Tous les praticiens ont rencontré des malades auxquels ils prescrivaient l'hydrothérapie pendant l'hiver, et qui répondaient invariablement : « De l'eau froide pendant l'hiver !... Mais, ce n'est pas possible ; j'y gagnerai une bronchite, une pneumonie, des rhumatismes, etc. Attendons la bonne saison. » — Eh bien, j'ai rencontré souvent de ces malades... et même des médecins qui tenaient ce langage. Aussi, on ne saurait trop remercier et féliciter M. E. Duval d'avoir cherché, à détruire dans un opuscule bien documenté de 56 pages, ce préjugé faux et irrationnel..., comme tous les préjugés. Il nous remet en mémoire que le célèbre Priessnitz donnait ses douches, dès cinq heures du matin, avec les succès éclatants que l'on sait, dans des baraques en bois à peine closes se trouvant à un quart de lieue des maisons d'habitation et situées dans le climat rigoureux des montagnes de la Silésie.

Voici une phrase de M. Duval qui peut servir pour son travail, de conclusion à laquelle nous nous associons absolument pour notre part.

« L'hydrothérapie hivernale est supérieure en beaux résultats à celle de l'été, et voilà pourquoi l'hydrothérapeute, s'il n'était guidé par d'autres considérations que celles de la science, ne chaufferait ni ses douches, ni ses cabinets, à la condition, bien entendu, que ses malades arriveraient sous la douche, en bonne température, de façon à avoir la certitude que la réaction serait toujours obtenue. » — H. H.

---

**Doit-on donner du lait aux diabétiques?** — A ce sujet, deux questions se posent : 1° Peut-on tolérer le lait dans le régime des diabétiques ? 2° Si un diabétique est atteint en même temps d'albuminurie, le régime lacté absolu dont l'indication formelle est la présence d'albumine dans les urines ne sera-t-il pas contre-indiqué par la glycosurie concomittante ? A la première question, il est une réponse qu'il est déjà facile de formuler, c'est que le régime lacté absolu, malgré l'enthousiasme de Donkin, doit être absolument exclu du diabète sans albuminurie. mais que le lait en tant qu'aliment et non en tant que régime exclusif peut être permis et voici comment. « Chaque glycosurique, disait Bouchardat, a son équation personnelle qu'il importe de connaître et de régler ». Tous les générateurs du glycogène n'ont pas une égale action et comme le dit M. Œttinger dans un intéressant article (*Sem. méd.*, n° 8) il ne faut pas exclure d'emblée et de parti pris du régime du diabétique, l'usage du lait, mais auparavant, on se renseignera sur les modifications que son emploi peut provoquer sur la glycosurie. L'observation montre que le lait est très fréquemment toléré par les diabétiques, qu'il a une action puissante sur la dyspepsie et qu'il serait peu sage de se priver d'un moyen thérapeutique énergique pour obéir à une idée préconçue. D'ailleurs, Charrin a démontré (Société de biologie) que non seulement le régime lacté ne provoque pas la glycosurie, mais qu'il en favorise plutôt la diminution. Combien nous sommes loin alors de l'opinion de Bouchardat et de Dujardin-Beaumetz qui affirment que s'il est un sucre que presque aucun malade ne supporte, c'est le sucre de lait! Il semble donc acquis maintenant que la conduite à tenir est la suivante : permettre le lait aux diabétiques sans complications, mais faire fréquemment l'analyse des urines, tâter le terrain, et si la quantité de sucre diminue sous l'influence du régime approprié et malgré l'ingestion du lait, continuer et plus que jamais à en permettre l'usage dans l'alimentation quotidienne, ce qui, hâtons-nous de le dire, sera le cas le plus fréquent.

Comment répondre maintenant à la seconde question de l'influence du régime lacté sur l'albuminurie des diabétiques ? Ici, d'après A. Robin (*Traité de thérapeutique appliquée)* il faut considérer deux groupes, les diverses albuminuries diabétiques ne relevant pas de la même cause et réclamant des traitements différents. Ces deux groupes sont : 1° les albuminuries simples; 2° les albuminuries brightiques. Dans le premier rang, si l'albuminurie est déjà considérable, on aura souvent avantage à user par intervalles du régime lacté absolu, que l'on cessera dès que la diminution de l'albumine sera compensée par une augmentation de la glycosurie ; mais si la quantité d'albumine est faible, on usera du lait comme on en use dans le cas de diabète non compliqué.

Mais, vienne la période où la lésion du rein entre en jeu, où le diabétique, d'abord simplement albuminurique, devient un brightique, à ce moment, il faut mettre de côté toute préoccupation relative au diabète ; le traitement ne doit plus avoir d'autre objet que le mal de Bright ; cependant, dit A. Robin, s'il convient d'employer le régime lacté absolu dans le plus grand nombre des cas, il en est où ce régime ne fait que précipiter la déchéance des malades qui éprouvent alors une certaine amélioration quand on leur rend un peu de nourriture, tout en conservant le lait comme boisson. Ce qui résulte donc de cette observation, c'est que, en présence d'un diabétique, le médecin ne doit pas toujours avoir une ligne de conduite uniforme et systématique dans tous les cas, mais de par une observation consciencieuse et attentive du malade, il devra agir pour le mieux, persévérer dans un régime lacté absolu quand il est bien supporté et produit de bons effets, savoir le mitiger lorsqu'il est mal supporté et ne produit pas un résultat absolument favorable. — M. D.

Digitized by Google

## MÉDECINE

**De la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique.** — Il existe, à côté de la pharyngite catarrhale chronique diffuse simple, une pharyngite catarrhale chronique diffuse hypertrophique. Cette affection constitue plutôt un mode de transformation de la pharyngite catarrhale chronique diffuse simple, qu'une maladie distincte. Elle n'a rien de commun avec la pharyngite granuleuse (affection caractérisée par l'hypertrophie chronique des follicules lymphoïdes du pharynx). Quand cette dernière lésion est observée dans la pharyngite hypertrophique, elle n'a qu'un rôle secondaire et accessoire. (H. Pague, *Th. de Toulouse*, 1897).

Cette affection est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique par : *a*) Une altération catarrhale chronique de toute la muqueuse du naso-pharynx et de l'oro-pharynx, avec épaississement de tous les éléments anatomiques. *b*) Une hypertrophie de tout l'appareil musculaire du pharynx.

Comme symptômes subjectifs, on observe la pharyngodynie, le pharyngisme, la dysphagie, le besoin incessant de racler de la gorge, la diminution du volume et l'altération du timbre de la voix.

Comme complications, on observe : *a*) Des troubles de l'appareil de l'audition, surdité, bourdonnements, vertiges ; *b*) Des troubles du côté du larynx (laryngite cat. chronique).

Le diagnostic repose sur la constatation : *a*) De l'aspect catarrhal et de l'hypertrophie de la muqueuse ; *b*) De l'épaississement considérable des piliers et de la luette ; *c*) De l'existence des faux piliers ; *d*) De l'état virtuel de la cavité pharyngienne.

Le pronostic est peu favorable ; l'affection pouvant être améliorée, mais non guérie complètement.

L'étiologie est encore obscure. Toute pharyngite hypertrophique procède d'une pharyngite catarrhale chronique simple, laquelle succède à des pharyngites aiguës et subaiguës de l'enfance et de l'adolescence. Comme agents pathogéniques favorables à l'entretien et à l'exagération de l'état catarrhal chronique, il faut signaler : *a*) L'abus du tabac, des boissons alcooliques, des condiments ; *b*) L'influence du tempérament arthritique et neuro-arthritique.

Le fonctionnement exagéré des muscles du pharynx, qui entrent en jeu dans l'acte physiologique désigné sous le nom de « raclement pharyngien » explique l'hypertrophie fonctionnelle des muscles du pharynx.

Le traitement sera différent suivant la période de la maladie : Pendant la phase catarrhale simple, l'iode et les eaux sulfureuses constitueront la base du traitement. Pendant la phase hypertrophique, ce traitement sera contre-indiqué au moins quelque temps. On emploiera de préférence : le menthol, le borate de soude et les anesthésiques ; les eaux arsenicales ; le Mont-Dore et la Bourboule seront conseillés. Dans tous les cas, le régime lacté, le régime alcalin et les purgatifs fréquents seront la base du traitement général.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Les cystites rebelles chez la femme.** — A la suite d'un excellent article consacré à cette question (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, février), M. Escat arrive aux conclusions suivantes :

1° En face d'une cystite qui résiste aux traitements conformes à la physiologie normale et pathologique de la vessie, il faut chercher hors de la vessie, examiner à fond le contenu du petit bassin, et traiter toute lésion suspecte d'agir sur la vessie.

Il faut examiner l'urèthre et voir s'il n'est pas le point de départ de cette ténacité. On tiendra le plus grand compte des lésions rénales.

2° Lorsqu'on a épuisé les petits moyens, instillations, lavages, curettage, etc., on fera d'emblée la taille hypogastrique (avec drainage temporaire) s'il n'y a pas de lésion rénale. On pourra tamponner la vessie et faire le cathétérisme isolateur de l'uretère. Mais on fera toujours la toilette totale de la vessie en détruisant profondément à la curette et au thermo tout point suspect,

3° On fera d'emblée la cystostomie vaginale (drainage illimité) dans le cas de lésion rénale ou d'état général mauvais. On y joindra les opérations sur le rein, suivant les exigences des cas cliniques. On fermera la fistule, lorsque les parois vésicales seront guéries et les reins silencieux.

4° Si on voulait gagner du temps, on pourrait (Albarran) pratiquer la taille hypogastrique, et après avoir traité la muqueuse vésicale, inciser la cloison vésico-vaginale et ajouter le drainage vaginal.

## CHIRURGIE

**Le décubitus acutus à la suite de l'hystérectomie vaginale** — Sous le nom de « décubitus acutus » on désigne, depuis Samuel, des eschares sacrées ou para-sacrées à formation rapide se développant à la suite de troubles trophiques d'origine spinale ; en 1892, Leprévost, dans son travail sur les gangrènes consécutives aux résections sacro-coccygiennes ; plus tard, Morestin, avaient signalé cette complication, qui diffère des eschares consécutives aux affections médullaires par ce point que la gangrène est latérale, au lieu d'être médiane, et se développe d'une façon aiguë.

Le premier, Baudron, dans sa thèse, signala le décubitus acutus comme complication possible de l'hystérectomie vaginale ; Legueu fit sur cette question une communication intéressante au Congrès de gynécologie de Bordeaux (1896) et aujourd'hui M. Segond (*Rev. de*

Digitized by Google

*gynéc. et de chir. abdom.*, janvier 1897), démontre que ces formations d'eschares chez les hystérectomisées méritent d'être connues et classées comme une véritable entité morbide.

Le décubitus acutus est assurément très rare, puisque sur 542 hystérectomies vaginales pour suppurations pelviennes, fibromes, cancers ou tumeurs annexielles, M. Segond ne l'a notée que *six fois*. Il paraît se développer surtout chez les femmes jeunes, et contrairement à l'opinion de M. Legueu, on ne saurait incriminer la longueur de l'opération. Au point de vue clinique, le caractère du décubitus acutus observé à la suite de l'hystérectomie vaginale, est de se montrer *d'une façon rapide*, trois à quatre jours en moyenne après l'opération ; on ne peut donc l'assimiler aux eschares qu'on note ordinairement du côté du sacrum, et qui auraient pour cause une compression prolongée de la région. A la suite, se développent des pertes de substance larges et profondes, qui retardent considérablement la guérison, mais n'aggravent en aucune manière le pronostic opératoire définitif.

Quant à la pathogénie de cette complication, elle semble devoir être rattachée d'une façon manifeste à des lésions d'ordre trophique, ayant pour cause les manœuvres de l'hystérectomie, les tiraillements forcés sur les nerfs du bassin, et surtout la forcipressure. — L. F.

## PHARMACOLOGIE

**L'apyrol.** — C'est un liquide noirâtre, lourd, produit de distillation des schistes bitumineux de l'époque jurassique, un peu plus clair que l'ichthyol et dégageant la même odeur. Ce médicament est soluble dans l'huile d'olives. Contre la tuberculose, M. Artault de Vevey emploie une solution à 10 0/0, il injecte d'abord de faibles doses, 5 centigrammes pour arriver jusqu'à 1 gramme sans inconvénients. La solution est très bien supportée et ne provoque pas de douleurs.

Il présente deux avantages sur le gaïacol ; il ne fatigue pas le malade par le violent accès de fièvre réactionnelle que provoque le gaïacol chez les malades un peu avancés, et d'autre part, il ne s'élimine que fort lentement, patant son action est plus durable. C'est un eupnéique puissant, et qui semble avoir une action décongestive. Artault de Vevey emploie l'apyrol chez tous les tuberculeux, sujets aux poussées congestives, aux hémoptysies, chez les dyspnéisants, chez les fébricitants vespéraux, à la fin de la 3e période. Mais, chez les malades dont la fièvre est continue et l'état très précaire, il finit lui-même par provoquer une réaction qui, pour être moins violente qu'avec le gaïacol, n'en fatigue pas moins le malade. En résumé, cette médication paraît appelée à rendre des services dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. —

## OBSTÉTRIQUE

**Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxygénée.** — D'après M. Gallois, l'eau oxygénée serait un excellent agent thérapeutique contre les vomissements de la grossesse ; M. Pinard avait, dans le même but, conseillé l'emploi des inhalations d'oxygène ; M. Gallois leur préfère l'eau oxygénée, qu'on emploie ordinairement en médecine à 10 volumes de gaz.

A l'intérieur (*Conc. méd.*), on l'administre à la dose de 5 à 30 grammes de la solution à 10 volumes, dilués dans un ou un demi-litre d'eau, ou tout autre liquide, à condition que celui-ci ne provoque aucune modification dans la composition de l'eau oxygénée. On pourra sucrer la solution avec du sirop de sucre ou de citron. Cette grande dilution a pour but de masquer la saveur astringente et métallique du médicament. Aussi les malades n'accusent-ils que le goût du liquide auquel on le mélange.

Voici comment on emploie l'eau oxygénée dans les vomissements de la grossesse ; on donne aux repas, comme boisson, une cuillerée à café, puis une cuillerée à bouche d'eau oxygénée pour un litre d'eau, ce qui équivaut environ de 5 à 15 grammes d'eau oxygénée à 10 volumes.

L'effet de cette eau est très rapide, ce qui d'ailleurs s'explique facilement.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 16 mars 1897*

**Rapports qui existent entre la lithiase intestinale et l'appendicite ; quelques mots sur la pathogénie des accidents appendiculaires.** — M. Reclus. A propos de la communication faite à la dernière séance par M. Dieulafoy sur la lithiase intestinale, l'auteur cite 5 observations d'entérocolite se compliquant d'appendicite. Une première observation concerne un médecin ayant eu de l'entérocolite avec avec émission de sables intestinaux chez lequel une attaque d'appendicite se déclare une année après.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'un malade ayant eu de la colite membraneuse avec émission de sable chez lequel, deux ans après les premiers accidents, il survient une crise plus grave. L'exploration de la fosse iliaque droite, décèle la présence d'une tumeur d'origine appendiculaire qui nécessite la laparotomie. Les trois autres observations sont absolument identiques.

A ce propos, M. Reclus revient sur la pathogénie des accidents appendiculaires et attaque la théorie de la « cavité close ». Pour lui, les causes sont multiples ; on peut les classer en 3 groupes :

Dans un 1er groupe on devrait ranger les appendicites causées par l'introduction d'un corps étranger. Dans un 2e groupe devraient être classés les accidents appendiculaires dus à des lésions de voisinage (à l'entérocolite par

Digitized by Google

exemple). Un 3e groupe résumerait ceux qui surviennent à la suite d'une infection.

L'appendice doit être considéré comme un diverticule, où stagnent les liquides, et de ce fait pouvant être facilement infecté ; c'est au point de moindre résistance.

L'appendicite est l'aboutissant de maladies multiples et non point une affection reconnaissant une cause unique.

**Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif.** — M. Cornil. Dans toute inflammation des membranes séreuses, la fibrine exsudée à la surface de celles-ci sert de milieu nutritif et de soutien aux cellules endothéliales qui végètent, se multiplient, constituant ainsi un tissu cellulaire nouveau et des vaisseaux sanguins. Ces éléments peuvent servir à déterminer des adhérences ; c'est en suivant ce processus que la fibrine des caillots détermine des oblitérations.

**Election.** — Election de deux membres correspondants étrangers (1re division) ;

1re ligne ; M. Emilio Coni ; 2e ligne : M. Pétrini, de Galatz ; 3e ligne : M. Bénedikt, de Vienne ; 4e ligne : M. Janssens, de Bruxelles.

Sont élus : M. Coni, par 32 voix et M. Janssens, par 39 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 12 mars 1897*

**Entérite muco-membraneuse des enfants** (*entérite folliculaire*). — M. Comby. L'entérite muco-membraneuse infantile, dont M. Galliard a rapporté un bel exemple à la dernière séance de la Société, est décrite en Allemagne sous le nom d'*entérite folliculaire*. On a trouvé en effet, dans les cas terminés par la mort, une lésion inflammatoire des follicules clos et des plaques de Peyer qui semblaient justifier cette dénomination. Mais la muqueuse intestinale est malade dans sa totalité et le colon est plus atteint que l'intestin grêle, d'où le terme usité en France d'*entéro-colite muco-membraneuse*.

C'est une maladie fréquente, tous les médecins d'enfants en ont vu de nombreux cas et Bottentuit, à la date du 12 avril 1892 (*British Med. Journal*) n'en avait pas traité moins de 60 entre 4 et 15 ans aux eaux de Plombières.

Il y a lieu, suivant moi, de décrire deux formes cliniques très distinctes au point de vue de l'évolution et du pronostic : 1° la première, très grave, frappant l'état général, allumant la fièvre, pouvant se terminer par la mort ; c'est l'*entérite folliculaire* des jeunes sujets, maladie essentiellement infectieuse ; 2° la seconde, plus torpide, peu ou pas fébrile, atteignant les enfants déjà grands et ne différant pas de l'entérite membraneuse des adultes.

Dans les deux formes, la marche des accidents est analogue ; c'est une entérite à poussées successives, à *rechutes*, laissant entre elles une santé à peu près parfaite. Voici l'esquisse que je crois devoir tracer de la maladie.

*Définition.* L'entérite muco-membraneuse ou *folliculaire* des enfants est une *entérite infectieuse* à rechute caractérisée au moment des crises par des garde-robes répétées, muqueuses, glaireuses, muco-purulentes, membraneuses, sanguinolentes et par des symptômes généraux plus ou moins graves.

*Étiologie.* Elle s'observe de préférence chez les enfants dyspeptiques, sevrés trop tôt ou brutalement, suralimentés ; elle a été souvent précédée de diarrhée banale, de constipations, ou d'alternatives de diarrhée et de constipation. Elle est liée quelquefois à l'hérédité arthritique et peut coïncider avec la lithiase rénale (j'en ai vu un exemple) avec le *sable intestinal* (2 enfants observés par M. Dieulafoy).

*Anatomie pathologique.* Outre les glaires, les mucosités, le pus, le sang, les fausses membranes visibles à l'œil nu, le microscope fait voir des leucocytes en abondance, les cellules épithéliales, de la mucine, et de nombreux microbes parmi lesquels prédomine le *bactérium coli commune*. C'est une infection coli-bacillaire. A l'autopsie, on trouve une desquamation épithéliale de la muqueuse de l'intestin, un épaississement avec congestion et infiltration globo-cellulaire de cette muqueuse, une hypertrophie et quelquefois une ulcération des follicules isolés et aguimés. Mais les ulcérations ne sont que partielles et très limitées, contrairement à ce qu'on voit dans la dysenterie.

*Symptômes.* La santé est bonne dans l'intervalle des crises, quoique les enfants viennent souvent pâles, anémiques et dyspeptiques. Puis, à l'occasion d'un excès alimentaire ou d'un refroidissement, ou sans cause appréciable, l'appétit se perd, les traits s'altèrent, la fièvre s'allume et les besoins d'aller à la selle se répètent coup sur coup avec douleurs abdominales. L'enfant rend des mucosités, de la mousse, des glaires, un peu de sang, des lambeaux blanchâtres analogues à des fragments de ténias ou de lombrics. Il accuse des épreintes, du ténesme, les urines se raréfient ou se suppriment. Il y a parfois de l'agitation, du délire, des convulsions. Dans quelques cas on note des vomissements, de l'algidité, un état cholériforme. Ou bien c'est une fièvre continue (39°, 40°) avec état typhoïde. A ces symptômes peuvent s'ajouter des éruptions urticariennes (un cas personnel) ou morbilliformes, scarlatiniformes (cas de Galliard). Au bout de 7, 8, 10 jours, tout rentre dans l'ordre, l'orage se passe, et l'enfant va bien jusqu'à une prochaine crise qui surviendra 1 mois, 2 mois, 6 mois après la première. Impossible d'annoncer à coup sûr l'époque des rechutes et la tenue de la maladie. Chez les enfants déjà grands, l'état général semble peu atteint par les crises, la fièvre manque, les selles muco-membraneuses résument toute la symptomatologie. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est sévère, plus il sera réservé quand à la durée, quant aux suites, quand à la terminaison.

L'entérite muco-membraneuse prédispose à l'appendicite.

Digitized by Google

*Diagnostic.* On distinguera l'*entérite folliculaire* des autres entérites infantiles par l'examen des garde-robes ; la *dysenterie* se traduit par des selles plus sanglantes, putrides, par l épidémicité ; la *fièvre typhoïde* ne s'accuse pas par des épreintes et des selles muco-membraneuses aussi peu copieuses ; les *fièvres éruptives* seront distinguées par leur évolution spéciale et par l'enanthème qui accompagne l'exanthème.

*Traitement.* Sans insister sur la prophylaxie qui se trouve écrite dans tous les traités d'hygiène infantile, on doit exposer le traitement des *crises aiguës* et celui des *périodes intercalaires.*

Pendant la crise, diète lactée ou diète hydrique si le lait n'est pas toléré ; quelquefois le lait d'ânesse est mieux supporté que le lait de vache. Si l'enfant est au sein, on continue l'allaitement en augmentant l'intervalle des tétées (3 heures au lieu de 2 heures). Si la fièvre atteint ou dépasse 39°, on n'hésitera pas à baigner les enfants (bains de 10 minutes répétés 3 ou 4 fois par jour, à 30°, à 28°, à 25°). A défaut de bains, on emploiera les cataplasmes émollients sur le ventre. On fera, dans la journée, deux ou trois irrigations de l'intestin avec une solution de borax (2 pour 1000), ou de l'eau bouillie. On injectera deux litres par irrigation. Si le collapsus est imminent, on fera une ou plusieurs injections sous-cutanées de sérum artificiel (eau salée à 7 pour 1000, 10 à 20 centimètres cubes).

On se trouvera bien du calomel à dose fractionnée : 1 centigramme deux à trois fois par jour.

Après la crise, on surveillera étroitement le régime : lait et laitages, crèmes, œufs s'il sont bien digérés, bouillies farineuses, pas de vin ni liqueurs fermentées, pas de viandes, ni légumes verts, ni fruits, ni crudités.

Les enfants étant habituellement constipés, on prescrira des suppositoires glycérinés ou de petits lavements de glycérine (4 à 5 grammes dans une petite seringue). On se trouvera bien des paquets suivants donnés dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée, deux fois par jour, pendant dix jours par mois :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude.... } Magnésie calcinée..... } | ià 25 centigr. |
| Poudre de noix vomique..... | 1 à 2 centigr. |

Aux enfants déjà grands, on fera suivre une cure thermale Plombières, Châtel-Guyon, Hombourg, Kissingen.

**Ulcère rond perforant aigu de l'estomac développé au cours d'une pyohémie a staphylocoques.** — MM. Widal et Meslay. Les cas où le staphylocoque doré à l'exemple du streptocoque occasionne la pyohémie chez l'homme sont relativement exceptionnels.

Nous avons observé un fait de ce genre ; les suppurations métastatiques notées dans les poumons, les reins, l'épididyme, le péricarde, la peau rappelaient par leur profusion et leurs localisations celles que l'on obtient expérimentalement chez le lapin par inoculation intraveineuse, d'un staphylocoque virulent. L'intérêt de cette observation était surtout dans la constatation faite à l'autopsie d'un ulcère rond perforant aigu développé au cours de cette staphylococcie et resté latent jusqu'à la mort. C'est là un fait qui peut intéresser l'étiologie encore si controversée de l'ulcère rond stomacal.

Chez un homme de trente ans, à la suite d'un durillon suppuré de la plante du pied droit se développe une infection générale, caractérisée par de la fièvre, par des phlyctènes suppurées grosses comme un petit œuf de poule disséminées en différents points du tégument, par un abcès de l'épididyme, par des signes de péricardite avec épanchement, par de la diarrhée, par des signes de broncho-pneumonie avec crachats purulents et rougeâtres. Après quelques jours de cet état, le malade meurt en toute connaissance, sans avoir jamais présenté le moindre subdélirium, sans avoir jamais souffert de vomissements ni d'hématémèses et sans jamais s'être plaint de douleurs dans la région de l'estomac.

A l'autopsie on trouve un litre de pus dans le péricarde. Le myocarde, au niveau de sa surface épicardique, est rongé en certains points par de véritables ulcérations serpigineuses longues de un centimètre environ. Les reins sont parsemés à leur surface de petits abcès superficiels. Sur une coupe allant de la convexité au hile, rayonnent des traînées purulentes blanchâtres de forme pyramidale. On trouve au niveau de l'épididyme un abcès gros comme une petite noisette. Le poumon gauche contient quatre petits abcès, dont la paroi est doublée d'une membrane pyogène. A la partie inférieure du poumon droit, on constate un abcès aréolaire à parois irrégulièrement déchiquetées, sans fausse membrane sur la paroi. Les ensemencements de ces diverses suppurations viscérales, nous ont donné des cultures de staphylocoques dorés.

A l'ouverture de l'estomac, on trouve une lésion particulièrement intéressante, qui constitue une véritable surprise d'autopsie. Vers la partie moyenne de la petite courbure, apparaît une ulcération circulaire, plus grosse qu'une pièce de deux francs. Les bords en sont très nets, taillés à pic, sans gradins. Cette ulcération a rongé dans leur totalité les parois de l'estomac et son fond est formé par un tissu jaunâtre qui n'est autre que le tissu cellulo-adipeux, sous-péritonéal de la petite courbure. Quelques rameaux vasculaires intacts rampent sur ce tissu cellulo-adipeux, au fond de l'ulcère qu'ils traversent à la façon de diagonales. Tout autour de l'ulcération, et c'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, la muqueuse et la sous-muqueuse énormément œdématiées et vascularisées, forment une tuméfaction en forme de cône évasé et dont le sommet est formé par l'ulcère, qui est là ouvert à la façon d'un cratère. Cet œdème si considérable, qui rayonne autour de l'ulcère, donne à la lésion une physionomie toute spéciale. On ne constate ni sclérose, ni adhérence avec les organes de voisinage. Tout témoigne donc en faveur d'une ulcération suraiguë, qui au moment de la mort venait de s'ouvrir sur le tissu cellulaire rétro-stomacal. L'examen

Digitized by Google

histologique du fond et des bords de l'ulcère, pratiqué par M. Papillon, chef du laboratoire de l'hôpital Beaujon, lui a montré, dans la zone qui entoure l'ulcération, une infiltration de la couche glandulaire par des leucocytes disposés en amas. Des capillaires sanguins, extrêmement dilatés, se voient entre les restes des glandes. Au-dessous de la couche glandulaire et au-dessus de la *muscularis mucosæ*, se voit une infiltration leucocytique presque continue, qui s'étend entre les culs-de-sac glandulaires, qu'elle dissocie, et empiète, en certains endroits, sur la *muscularis mucosæ*, qui a, en partie, disparu. Le tissu cellulaire sous-muqueux est extrêmement épaissi ; il est distendu par un œdème véritable. Au niveau de l'ulcération, la paroi stomacale est détruite comme à l'emporte-pièce ; le bord de l'ulcération est un peu oblique. De plus, on voit, dessinée par un changement de coloration, une sorte d'encoche commençant sous la muqueuse, s'avançant assez loin dans la tunique musculaire et revenant se perdre sur le fond de l'ulcère. Cette zone est formée par une infiltration leucocytique, très nettement limitée en dehors, se diffusant en dedans entre les éléments musculaires en partie nécrosés, qu'elle dissocie et pénètre. Ces lésions donnent l'impression d'une sorte d'eschare bordée par une zone de défense leucocytique et par un trait d'élimination. Sur des coupes nombreuses de l'ulcère colorées par la méthode de Weigert, nous n'avons jamais pu déceler la présence de staphylocoques dorés.

Cet ulcère perforant aigu développé au cours de cette staphylococcie doit être, suivant nous, mis sur le compte de l'infection, malgré l'absence de microbes sur les bords ou sur le fond de l'ulcère. Nous pensons qu'un petit abcès ou une érosion à staphylocoques s'était développée, au préalable, à la surface de la muqueuse, et que l'action du suc gastrique a fait le reste, en transformant rapidement une petite perte de substance en gros ulcère. A l'origine, l'exulcération était sans doute microbienne ; puis l'ulcère est devenu peptique et les microbes ont disparu, lorsque la lésion s'est étendue.

**Tubercule solitaire de la moelle siégeant au niveau de l'émergence des deuxième et troisième paires sacrées.** — M. Marfan. Un enfant, à l'âge de deux ans et deux mois, est pris subitement, sans aucun phénomène prémonitoire, d'une paraplégie spasmodique complète avec incontinence des matières et des urines. Au bout de trois semaines, la paraplégie s'améliore un peu, mais l'incontinence persiste toujours très marquée.

En raison du début subit de la paraplégie, qui a atteint d'emblée son maximum pour s'atténuer ensuite, j'ai pensé qu'il s'agissait d'une hématomyélie. Comme l'hématomyélie est toujours secondaire, il y avait lieu de se demander quelle était la lésion primitive. On pouvait hésiter entre la syphilis et la tuberculose. La syphilis ayant pu être écartée, je pensai qu'il existait un tubercule solitaire de la moelle ayant déterminé une hématomyélie. Après divers incidents, l'enfant a succombé à l'âge de trois ans avec des convulsions. L'autopsie a vérifié le diagnostic porté pendant la vie.

Il y avait un tubercule, gros comme une petite noisette, occupant presque toute la substance médullaire, au niveau de l'émergence de la deuxième et de la troisième paires sacrées ; une hématomyélie de la zone immédiatement sus-jacente, des hémorrhagies sus-arachnoïdiennes, une poliomyélite ascendante hémorrhagique et une phlébite intense et diffuse des veines de la pie-mère, dont le foyer principal correspond au foyer même de l'hématomyélie.

**Arthrite blennorrhagique à gonocoques.** — MM. R. Mercier et E. Méténier rapportent le cas d'un malade de trente-trois ans qui, quinze jours après le début de sa troisième blennorrhagie, fut atteint de rhumatisme polyarticulaire aigu. Les accidents ne tardèrent pas à se localiser à l'épaule gauche et au genou droit, et en même temps la température qui, pendant les douze premiers jours, n'avait atteint que deux fois 38 degrés, oscilla autour de ce point d'une manière continue.

Tandis que l'épaule était frappée d'une arthrite à forme ankylosante, le genou devenait le siège d un épanchement considérable. La ponction pratiquée au cours de la troisième semaine donna issue à 60 centimètres cubes d'un liquide puriforme et sanguinolent.

L'examen du pus recueilli par la ponction, pratiqué par la méthode des cultures, montre qu'il était formé par des gonocoques. Il s'agissait donc bien d'une arthrite blennorrhagique à gonocoques.

**Infection pneumococcique généralisée dans la pneumonie.** — M. Duflocq. La plupart des cliniciens considèrent la pneumonie comme un type d'infection locale caractérisée par la présence exclusive du pneumocoque dans le foyer hépatisé, et que de là les toxines qu'il sécrète se répandraient dans l'organisme, donnant ainsi naissance aux symptômes généraux. Seules les pneumonies infectantes se caractériseraient par la dissémination des pneumocoques hors du poumon. Or, chez un homme atteint de pneumonie franche, non compliquée, M. Duflocq a trouvé de nombreux pneumocoques dans le sang, d'où il conclut que la pneumonie généralisée peut s'observer dans des pneumonies simples, guérissables, et qu'elle n'appartient pas exclusivement aux pneumonies infectantes, fatalement mortelles.

**Lèpre d'origine espagnole.** — M. Thibierge présente une femme, originaire de Valence (Espagne), où elle a toujours habité jusque dans ces derniers mois, atteinte de tubercules lépreux, peu saillants, de coloration rouge, siégeant sur la face, les avant-bras, les poignets et les membres inférieurs. Au milieu de ces tubercules existent des plaques anesthésiques ; l'examen bactériologique de l'un d'eux a démontré la présence du bacille de Hansen. L'affection a débuté il y a un an et offre une marche aiguë, mais apyrétique. Ce fait montre une fois de plus que la lèpre n'est pas une rareté et qu'elle n'est pas éteinte en Europe. — H. M.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 17 mars 1897*

**Cholécystotomie pour angio-cholécystite.** — M. Lejars. Un homme de 25 ans, éprouvant depuis deux ans, des crises douloureuses dans la région du foie, surtout après les repas, vit ses crises devenir de plus en plus rapprochées et plus aiguës dans ces derniers mois ; elles se compliquaient de fièvre, de vomissements, d'ictère. Au moment de son entrée à l'hôpital, il présentait un facies amaigri, de la fièvre (39°), une langue sèche, des vomissements, de l'ictère, des selles rares, décolorées et des urines brunes ; le mauvais état général de ce malade témoignait d'une intoxication profonde. Le foie, difficile à examiner à cause des douleurs, débordait largement le rebord des fausses côtes ; on sentait vers sa partie moyenne une masse ronde, occupant le siège de la vésicule biliaire. M. Lejars porte le diagnostic d'angio-cholécystite infectieuse, peut-être lithiasique, et décida de faire la laparatomie latérale. Le foie, volumineux, mou, noirâtre, recouvrait en partie la vésicule biliaire. Celle-ci était verdâtre, tendue, mais ne contenait aucun corps dur ; les canaux cystique et cholédoque étaient libres ; la vésicule fut ouverte et fixée à la paroi abdominale ; il s'en écoula un liquide jaune verdâtre, mais pas de calcul — pansement aseptique. Le soir, la température descendait à 37° ; les douleurs diminuaient et quarante-huit heures après, la bile s'écoulait par la fistule. L'examen du liquide de la vésiculaire biliaire montra de nombreux coli-bacilles à l'état de pureté ; au bout de six semaines, la bile n'en contenait plus. La fistule fut alors refermée et M. Lejars présente aujourd'hui le malade complètement guéri.

**Péritonite purulente, laparotomie, guérison.** — M. Richelot analyse une observation de M. Malapert, de Poitiers. Il s'agit d'une enfant de 9 ans et demi, qui, après une chute sur le ventre, fut prise de violentes douleurs et d'accidents comateux. M. Malapert la vit un mois après ; le ventre était très distendu, la ponction révéla la présence du pus : il fit la laparotomie, et dès le début de son opération ouvrit par mégarde la vessie fort élevée au dessus du pubis ; trois plans de suture eurent raison de cet accident. Dans le ventre, il trouva trois litres de pus épais, dû à une péritonite suppurée généralisée, dit cet auteur. Cependant le foyer purulent était circonscrit en bas par le bassin, en haut par les anses intestinales agglutinées. Après lavage avec une solution faible de sublimé, drainage et tamponnement avec la gaze salolée, le ventre fut refermé ; l'enfant guérit. La nature de cette péritonite est restée inconnue ; l'appendice était sain ; peut-être s'agissait-il de tuberculose péritonéale, ainsi que le pense M. Richelot.

M. Reynier. Dans le cas particulier, il ne s'agissait pas d'une péritonite généralisée, mais d'une péritonite enkystée qui s'est comportée comme un véritable abcès. Il en a opéré un cas semblable qui, plus tard, fut reconnu de nature tuberculeuse.

M. Brun ne croit pas que la péritonite de M. Malapert fut de nature tuberculeuse. Il pense qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques enkystée dans la région sus-ombilicale, avec pus épais bien lié et tendance à la guérison. Il en a recueilli cinq cas très démonstratifs avec examen bactériologique à l'appui. Ces faits ne sont pas rares chez les enfants.

M. Kirmisson croit aussi qu'il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques. Celles-ci ont une tendance marquée à pointer vers l'ombilic. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Mécanisme de la mort après les brûlures.** — On est d'accord aujourd'hui à considérer la mort qui survient fatalement après les brûlures étendues comme le résultat d'une intoxication par la décomposition anomale de substances albumineuses. Quels sont les corps toxiques qu'il faut incriminer ? Dans les urines d'hommes brûlés il existe une pyridine basique. MM. Fraenkel et Spiegler viennent d'y découvrir une combinaison sulfo-organique, proche de la cystine ; le sublimé précipite ce corps quantitativement ; son soufre donne un précipité noir avec les sels de plomb. Comme la cystine, ce corps est un dérivé de l'albumine. Enfin, il existe une substance non fermentescible dans ces urines qui réduit fortement les solutions alcalines cupriques (*Wiener medicinische Blætter*), Cette substance semble être un dérivé du groupe hydrocarboné de la molécule d'albumine.

Cliniquement, la présence de ces corps dans les urines d'un brûlé sont d'un pronostic fâcheux. Ainsi, un homme vigoureux, atteint d'une brûlure du troisième degré des mains et d'un tiers des avant-bras, présenta cette triade et il succomba le troisième jour. — Bd.

**La contagiosité de la lèpre.** — Le docteur Mense, qui a pratiqué longtemps au Congo belge, y a traité des lépreux en grand nombre. Loin de disposer, pour ses pansements, d'antiseptiques avec l'abondance à laquelle nous sommes habitués en Europe, il mania souvent des pansements contaminés pour faire resservir les parties les moins souillées, Ses mains présentaient de nombreuses portes d'entrée au virus par les piqûres des moustiques. En outre, il avait pris à son service un jeune indigène atteint de taches lenticulaires de couleur noir-brunâtre — cette nuance correspond au rouge sur une peau européenne. Les taches se transformèrent, après quelques mois, en nodules de lèpre tubéreuse Alors seulement le malade présenta des symptômes généraux par poussées. Néanmoins, M. Monse garda cet homme à son service et, en voyage, le fit même coucher sous sa tente. Jusqu'ici il n'a jamais présenté de symptôme de lèpre (*Wiener klin. Rundschau*). Il pense donc, comme le docteur Bælz de Stokis, que, plus que toute autre maladie microbienne, la lèpre exige une prédisposition particulière du terrain pour se transmettre par contagion. — Bd.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité d'histologie pratique** (1), par M. le professeur J. Renaut (de Lyon). Tome II, fasc. 1.

Les histologistes salueront avec joie l'apparition de ce nouveau fascicule de l'histologie pratique du professeur Renaut. Car tous ceux qui ont pu constater par la lecture du tome premier les

(1) Un vol. grand in-8° de 605 pages avec 248 figures. Paris, 1897. Rueff, éditeurs.

Digitized by Google

grandes qualités de cette œuvre, les retrouveront intactes dans cette nouvelle partie.

L'analyse histologique est conduite par l'auteur, en l'absence de toute doctrine hypothétique, comme une véritable science exacte, grâce à la « méthode des observations convergentes »; la réalité d'un fait n'est définitivement acceptée que sur un ensemble de résultats concordants obtenus à l'aide de méthodes et de procédés d'examen variés. Le plan de l'ouvrage, déjà très apprécié dans le tome premier, rend la lecture de ce traité, réellement attrayante et aussi très fructueuse. Toute description d'un tissu est systématiquement accompagnée de l'exposé de la technique nécessaire pour obtenir les préparations, et de la reproduction des images justificatives.

Dans le nouveau fascicule qui vient de paraître, l'étude histologique des *épithéliums* et de *l'ectoderme tégumentaire* est faite avec une logique rigoureuse, un art consommé, et basée sur un ensemble considérable de documents. Ceux-ci s'appuient sur tous les travaux antérieurs, sur les découvertes de l'auteur et sur ses recherches si importantes dans le domaine de l'histologie comparée. Et que l'on ne croie pas que cette œuvre considérable s'adresse seulement aux histologistes; elle sera consultée avec fruit par tous les médecins. Si nous prenons deux chapitres au hasard (ceux relatifs à l'appareil respiratoire et au corps thyroïde), nous y trouvons des renseignements et de nouvelles notions dont l'importance devient très grande en clinique. De plus, l'anatomie générale des épithéliums est exposée avec une précision qui n'a jamais été atteinte à ce degré.

Rappelons que les deux premiers fascicules parus ont traités les sujets suivants : *Le milieu intérieur et le tissu conjonctif lâche et modelé*; *Tissus du squelette. tissu musculaire, systèmes vasculaire, sanguin et lymphatique*.

Bientôt, l'œuvre sera complète, et ce monument considérable, fruit de trente années d'études ininterrompues et d'un labeur incessant, contribuera largement à la gloire de la science française. Aussi, nous sommes heureux de pouvoir adresser au savant professeur de Lyon, non seulement nos plus sincères félicitations, mais surtout l'expression de notre vive et respectueuse reconnaissance. — A. Weber.

**Les chancres extra-génitaux**, par M. le professeur A. Fournier (1).

Ces leçons, rédigées très habilement par M. Edm. Fournier, interne des hôpitaux, étudient les questions suivantes : chancres céphaliques, buccaux, de la pituitaire, des narines, de l'œil, du visage, de l'oreille, du cuir chevelu, du cou, du tronc et des membres, du sein, de la main, des régions anale, périanale et rectale, le chancre vaccinal. Le dernier chapitre étudie le pronostic de la syphilis issue des chancres extra-génitaux et se termine par cette conclusion : *L'extra-génitalité du chancre ne constitue en rien par elle-même, par elle seule, un élément de gravité pour la syphilis qui dérive de ce chancre*. Mais, comme le dit le savant professeur, cette question des chancres extra-génitaux présente un grand intérêt *prophylactique*, puisque leur histoire constitue la réfutation éclatante d'un vieil et dangereux préjugé très accrédité près des gens du monde, préjugé d'après lequel « la syphilis ne serait qu'une maladie de provenance exclusivement vénérienne. » Elle offre un grand intérêt *clinique*, puisqu'elle permet au praticien de dépister une affection syphilitique trop souvent méconnue en raison du siège et de l'origine de l'accident primitif.

(1) Un vol. grand in-8° de 558 pages avec douze planches en couleur, hors texte. Paris, 1897. Rueff, éditeur.

Nous n'étonnerons pas nos lecteurs en disant que ces leçons écrites dans le style précis que l'on connaît, nous ont vivement intéressé. — H. H.

**Les poisons de l'organisme (poisons des tissus)**, par A. Charrin, médecin des hôpitaux, etc. (2).

Après les poisons de l'urine et ceux du tube digestif, M. Charrin consacre ce nouveau volume à l'étude des *poisons des tissus*, sujet d'actualité, dont l'importance est maintenant connue de tous les praticiens. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à se reporter à la table des matières où l'on verra tous les chapitres consacrés à la toxicité du sang, des sérosités, des exsudats, du tissu musculaire, de l'appareil nerveux, des poumons, du rein, de la peau, des corps thyroïde et pituitaire, du thymus, des capsules surrénales, des organes génitaux, de la rate, etc. Voilà des sujets bien intéressants, et comme « le rôle des auto-intoxications dans les phénomènes de la pathologie grandit de jour en jour », on comprend d'avance quel succès est réservé à ce livre, d'autant plus qu'il est écrit par un des savants qui ont le plus contribué à nous faire connaître ces diverses auto-intoxications. Les trois volumes qu'il a déjà consacrés à ce sujet exposent ainsi une doctrine déjà féconde en résultats thérapeutiques. C'est pour cela, qu'au nom des praticiens nous en félicitons et remercions l'auteur très sincèrement. — H. H.

**Traité de kinésithérapie gynécologique** (massage et gymnastique). *Nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes*, par H. Stapfer, ancien chef de clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Paris, chargé de mission en Suède pour l'étude du traitement de Brandt (1891). Préface de A. Pinard, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8° avec 224 figures et le portrait de Brandt. Prix : 12 fr. Chez A. Maloine, 21, 23 et 25, place et rue de l'Ecole-de-Médecine.

Cet ouvrage, par la nouveauté des aperçus et la sincérité d'observation, a une place à part dans les publications de la gynécologie contemporaine. « Si je ne me trompe, dit le professeur Pinard, dans la préface, l'importance du livre de Stapfer sera considérable. »

Le traité de *Kinésithérapie gynécologique* est l'exposé expérimental, clair et raisonné, d'une méthode dont les bienfaits thérapeutiques ont été constatés depuis six ou sept ans par les nombreux médecins allemands, et les quelques médecins français, suisses ou américains qui l'ont mise à l'essai, mais l'ont laissée dans l'empirisme, faute de recherches scientifiques. Ce sont ces recherches, promises il y a six ans à l'Académie de médecine, que M. Stapfer livre aujourd'hui au public médical. C'est la première fois que le système de Brandt est sinon présenté dans son ensemble, conformément à la conception de l'inventeur, du moins expérimentalement étudié.

En sa qualité de traité, l'ouvrage est un guide sûr pour l'application du traitement. Il renferme tous les renseignements indispensables à la pratique, avec nombreuses figures à l'appui. Enfin, il contient la traduction du livre de Brandt, de sorte que le lecteur a sous les yeux toutes les pièces nécessaires pour se faire une idée de la méthode et de son développement entre les mains de l'inventeur, puis entre celles du Dr Stapfer.

(2) Un vol. in 16 de 219 pages. Paris, 1897. Masson, éditeur.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 237, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Thérapeutique chirurgicale

## Opération du bec-de-lièvre

Par M. Le Dentu
*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris*

Les procédés de Clémot et Malgaigne, de Nélaton et de Mirault, employés le plus généralement pour le traitement du bec-de-lièvre sont trop classiques pour qu'il puisse y avoir intérêt à en parler ici. Je me bornerai à présenter quelques remarques sur les fautes de technique à éviter et je n'exposerai que les procédés qui conviennent aux cas compliqués de fissure osseuse unilatérale ou bilatérale.

*Les fautes de technique à éviter.* — On insiste généralement sur la nécessité de faire suivre au bistouri, pendant la taille des lambeaux, conformément à la description classique du procédé de Clémot-Malgaigne, la limite précise de la muqueuse et de la peau. Il y a des cas où cette recommandation peut être violée. Voici, en effet, ce que l'on observe chez quelques opérés : la rétraction de la ligne cicatricielle attire en haut la portion du bord muqueux qui lui correspond (fig. 1). Celui-ci remonte peu à peu en formant un V à pointe supérieure qui dépare la lèvre. De même, chez les sujets opérés par le procédé de Mirault il se forme quelquefois une encoche due encore à la rétraction dans le sens vertical, à la place du petit lobule du procédé de Malgaigne auquel on peut laisser

Fig. 1. — La muqueuse attirée par la cicatrice remonte vers la narine.

Fig. 2. — Encoche malgré l'emploi du procédé de Mirault.

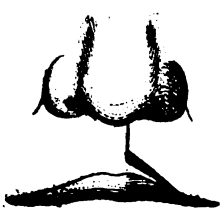


Fig. 3. — Conséquence d'un mauvais avivement (procédé de Mirault).

la longueur que l'on veut. Pour cette raison je donne souvent la préférence au procédé de Malgaigne sur celui de Mirault ; mais qu'on emploie l'un ou l'autre, *il ne faut pas hésiter à empiéter sur la peau du bord labial*, afin que les lambeaux aient une base suffisamment large et que la rétraction de la ligne cicatricielle verticale n'occasionne pas la formation du triangle de muqueuse figuré ci-contre, ou d'une petite encoche (fig. 2).

Il est d'une importance extrême, si l'on emploie le procédé de Mirault, d'enlever *toute la surface muqueuse* sur le bord opposé au lambeau ; autrement il resterait une bande de peau intercalée entre le bord labial et le côté opposé de la lèvre (fig. 3).

La réfection de la narine exige un soin particulier. Il ne faut d'abord songer à corriger que sa déviation en dehors et sa trop grande ouverture. Plus tard on s'occupera d'en corriger l'affaissement et le relief en dedans.

Par le débridement du côté de la joue on ramène facilement l'aile du nez en contact avec le bord opposé de la fissure et on l'élève à peu près au niveau de l'autre narine. L'avivement, comme je l'ai déjà dit, doit être prolongé très haut. Un premier point de suture ferme la narine par en bas. L'occlusion ne doit pas être trop complète ; il faut laisser à l'air un libre passage.

Habituellement, après la guérison, l'aile du nez se dévie de nouveau un peu en bas et en dehors, et il se forme sur le bord inférieur de la narine une petite encoche triangulaire à sommet inférieur qui n'a rien de très disgracieux.

Bec de-lièvre unilatéral compliqué de fissure osseuse avec saillie et torsion de l'os incisif. — Lorsque la fissure osseuse est incomplète et que le relief de l'intermaxillaire par rapport au maxillaire est très peu accentué, il n'y a pas lieu de rechercher le nivellement absolu des surfaces ; mais, à un degré plus avancé, cette malformation doit être corrigée, afin que le rapprochement des parties molles puisse être effectué. Je ne connais qu'un procédé convenable pour obtenir ce résultat. C'est celui de Duplay. Voici en quoi il consiste : on incise verticalement la muqueuse de la face antérieure du maxillaire supérieur entre la deuxième incisive et la canine du côté opposé à la fissure. Dans cette incision on place de champ la lame d'un petit ciseau à froid dont on incline le manche à 45 degrés en dehors. Deux ou trois coups de maillet font pénétrer la lame obliquement en dedans vers la fissure (fig. 5). Il importe que la muqueuse palatine soit ménagée en arrière de l'arcade dentaire et que la section soit tout entière sous-périostée. Cette première section resterait sans efficacité si on n'y ajoutait une section horizontale de l'épine nasale antérieure et du vomer, section qu'on peut pratiquer sous la fibro-muqueuse nasale. Il faut pour cela débrider la lèvre sous la cloison des narines, inciser celle-ci verticalement en face de l'épine nasale, décoller la muqueuse de chaque côté de la cloison avec une petite rugine droite, enfin sectionner l'épine nasale antérieure et le vomer avec le petit ciseau placé horizontalement.

La combinaison de ces deux sections, réglée comme je viens de l'indiquer, assure seule la mobilisation de l'intermaxillaire sans en compromettre la vitalité. Lorsque la fissure de l'arcade alvéolaire se prolonge sur le palais en une division complète, on comprend que le refoulement sans effort de l'os mobilisé nivelle d'une façon parfaite la rangée dentaire ; mais quand cette fissure s'arrête à une courte distance de l'arcade alvéolaire, et surtout lorsqu'elle est masquée par un pont muqueux, la difficulté est plus grande et *a priori*, insoluble (fig. 6). Cependant mon expérience personnelle me permet d'affirmer que, même en pareil cas, un succès complet peut être

Digitized by Google

obtenu. Chez une jeune fille de dix-huit ans que j'ai opérée il y a plus d'un an, l'intermaxillaire, qui faisait une saillie très disgracieuse, *a pu être réduit d'une façon absolument parfaite*. Chez un petit garçon de dix-huit mois, dont le maxillaire supérieur du côté de la fissure était assez atrophié et fortement en retrait, le résultat a très faiblement laissé à désirer. Le petit ressaut qui persiste au niveau de la fissure est insignifiant, et, ce qui est très important, les incisives sont rangées suivant une courbe tout à fait régulière.

Lorsqu'on agit sur un palais intact, sauf une division incomplète du bord alvéolaire, je suppose qu'il se fait un chevauchement des deux bords de la section du palais, sous les muqueuses nasale et buccale un peu décollées,

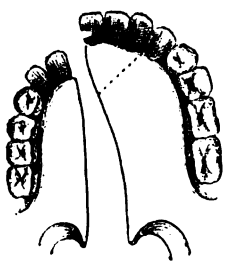


Fig. 5. — Ostéotomie du palais. Le pointillé indique la direction de la section.

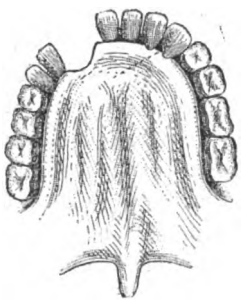


Fig. 6. — Ostéotomie du palais dans le cas où la voûte palatine est intacte.

et que ce chevauchement permet au fragment détaché de se loger dans un espace triangulaire plus court en réalité que lui-même. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'ostéotomie du palais et de la cloison remédie fort bien à la saillie avec torsion de l'intermaxillaire, dans les cas de fissure seulement rétro-alvéololaire aussi bien que de division palatine complète.

Une fois l'os intermaxillaire remis en place, il s'agit de le fixer. A la rigueur, un ou deux points de suture au fil d'argent, après avivement des bords correspondants de la fissure, peuvent suffire; mais je crois qu'on peut mieux faire encore, au moyen d'une suture métallique spéciale qui fixe, non seulement les bords de la fissure, mais aussi ceux de la section palatine. Si l'on veut réunir les parties molles dans la même séance, la suture osseuse doit être placée d'une certaine façon, pour qu'on puisse retirer les fils par la bouche.

Je commence l'opération par l'avivement des bords de la fissure sur une longueur d'un à deux centimètres; alors, avec un drill muni d'une mèche assez forte, je perfore l'os intermaxillaire à bonne distance de la fissure. Par le trou de la mèche j'attire, en haut le bout d'un solide cordonnet de soie; j'attache alors le bout supérieur de ce fil au milieu d'une anse de gros fil d'argent. Le fil de soie me permet d'attirer *vers la bouche* le milieu du fil d'argent plié en deux. Je perfore alors encore *de haut en bas* le maxillaire du côté de la fissure, ainsi que l'autre maxillaire dans un point qui restera en dehors de la section palatine. Par chacune de ces perforations, j'amène *en haut* le bout d'un fil de soie; ces deux bouts de fil de soie servent à attirer *en bas* les extrémités du fil d'argent pliées en boucle (fig. 7).

Alors seulement je pratique les ostéotomies et je fais le refoulement. Je coupe l'anse de fil d'argent *du côté de la bouche* et je tords ensemble les deux bouts qui se correspondent à droite et à gauche. De cette façon, l'os intermaxillaire refoulé se trouve solidement fixé par deux anses de fil d'argent dont les nœuds sont facilement visibles derrière l'arcade dentaire (fig. 8). Au bout de vingt jours, je coupe *du côté de la bouche* les deux anses de fil et je les attire au dehors par une traction qui n'a pas besoin d'être très énergique.

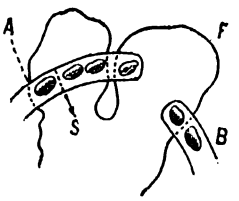



Fig. 7. — Passage des fils avant l'ostéotomie et la suture. — A et B, fils traversant les maxillaires supérieurs entre les canines et les incisives. — F, fil d'argent dont l'anse sera sectionnée ultérieurement. — S, point où la section du maxillaire sera faite.

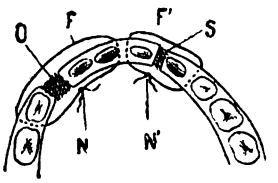



Fig. 8. — FF', les deux anses de fil d'argent résultant de la section de l'anse. — O, point où l'ostéotomie a été faite. — S, point où les bords de la fissure sont rapprochés après avivement. — NN', les deux nœuds placés du côte de la bouche.

On peut *dans la même séance* faire le refoulement par le procédé que je viens de décrire, et l'opération du bec-de-lièvre. Si l'étoffe est suffisante, les procédés de Malgaigne ou de Mirault redeviennent aussi simples que s'il n'existait pas une fissure osseuse. Si, au contraire, une atrophie marquée des parties molles rend ces opérations impraticables dans toute leur pureté, il faut avoir recours à de véritables chéiloplasties pour fermer la brèche. Les figures ci-jointes représentent un enfant que j'ai traité jadis à l'hôpital Saint-Louis. Le voici d'abord (fig. 9), tel qu'il était avant ma première intervention. La figure 10 le montre après l'ostéotomie palato-vomérienne; enfin dans la figure 11, on constate le résultat définitif obtenu, après l'emploi du procédé Clémot-Malgaigne.

Bec-de-lièvre bilatéral avec fissure osseuse. — Il existe toujours en pareil cas un relief plus ou moins accusé de l'os intermaxillaire tout entier. Si ce relief ne s'oppose pas à la reconstitution de la lèvre, on peut le laisser persister tel quel; sinon on est obligé d'en réduire le volume, de le refouler ou de le supprimer tout à fait. Sa *suppression complète* a été jadis conseillée par Franco. La section du pédicule, après détachement du petit lobule médian cutané, se fait au moyen d'une pince triquoise. Parfois (on en verra plus loin la raison), ce sacrifice est nécessaire; mais, autant que possible, il faut se contenter d'en réduire le volume par la *résection sous-périostée*. Ce procédé paraît appartenir sans conteste à Mirault. Lorsqu'on juge que cet évidement sera insuffisant pour empê-

Digitized by Google

cher le relief exagéré du tubercule ostéo-cartilagineux ou osseux, il faut le déplacer en masse de manière à ce qu'il remplisse l'intervalle des deux maxillaires.

Le refoulement brutal de Gensoul, qui fracture la cloison, expose au danger de fêlure de la base du crâne, sans compter qu'on n'arrive pas toujours à produire la fracture. La seule méthode acceptable est celle de la section extemporanée ou lente de la cloison en arrière du tubercule. Blandin faisait une section en V renversé avec des ciseaux. Redoutant l'hémorragie, Richet recommanda l'emploi d'une sorte de pinces analogues à l'entérotome de Dupuytren, qui divisait par mortification. J'ai appliqué une fois un instrument inspiré de celui de Richet, mais composé de deux plaques triangulaires très allongées verticalement, à base inférieure, propres à produire par pression une brèche plus large. Le gros inconvénient de cette méthode est de créer à l'entrée du tube digestif un foyer d'infection redoutable pour de jeunes enfants. Je crois donc qu'il vaut mieux sectionner avec de forts ciseaux ordinaires ou avec de petites cisailles, en s'arrangeant pour arrêter immédiatement l'écoulement de sang parfois assez fort par l'emploi de l'antipyrine en solution saturée, par une compression suffisamment soutenue ou au moyen du thermocautère.

Après que le lobule osseux a été mobilisé et refoulé, il faut le fixer par une suture métallique aux deux maxillaires. Déjà, en 1844, Debrou avait fait l'avivement des bords correspondants du lobule et des maxillaires, dans l'espoir qu'une soudure spontanée s'opérerait entre eux; mais Paul Broca a le premier ajouté à l'avivement la suture de ces bords avec des fils d'argent. Malheureusement il arrive souvent que, malgré toutes les précautions, la suture manque et que le lobule reste mobile. Il se peut qu'on soit forcé plus tard de le sacrifier parce qu'il est devenu gênant pour l'uranoplastie. En attendant, il y a toujours avantage à le garder, car il offre un soutien à la lèvre restaurée, il s'oppose au rapprochement exagéré des deux maxillaires supérieurs, il empêche le développement et la proéminence exagérée du nez que Lannelongue a observés sur un sujet à qui Nélaton père avait fait quelques années auparavant l'opération de Franco.

Il faut aussi connaître les inconvénients que peut avoir la conservation de ce lobule resté mobile. En s'opposant au rapprochement des deux maxillaires, il gêne la reconstitution spontanée du bord alvéolaire par le rapprochement et la soudure des deux maxillaires, qui ne sont pas un leurre, après la suppression totale de l'inter-maxillaire, et qui offrent un avantage considérable au point de vue d'une uranoplastie ultérieure. Je suis donc d'avis que tout lobule osseux resté mobile doit être de nouveau suturé aux maxillaires, après quelques mois d'attente, et sacrifié définitivement si cette seconde opération n'a pas réussi.

Fig. 9. — Bec-de-lièvre unilatéral avec saillie irrégulière de l'os intermaxillaire, et grande division vélo-palatine. Déformation très marquée de la narine.

Fig. 10. — Etat après l'ostéotomie du maxillaire supérieur et de la cloison.

Fig. 11. — Résultat du procédé de Malgaigne. Cas personnel.

La *réparation des parties molles* présente d'extrêmes difficultés dans les cas très compliqués où le lobule osseux s'avance sous la sous-cloison nasale, vers le bout du nez, et aussi dans ceux où le lobule cutané est très petit ou n'existe pas du tout.

Lorsque le *lobule cutané médian* est assez développé pour qu'on puisse suturer sur ses deux bords les bords externes de la fente, il sert à reconstituer la partie médiane de la lèvre. S'il est trop court et inséré très en avant, au voisinage immédiat de la pointe du nez, mieux vaut l'utiliser pour compléter ou former de toute pièce la sous-cloison des narines ; alors, on peut, à l'exemple de Le Fort, en suturer l'extrémité postérieure avec la mu-

Digitized by Google

queuse du lobule osseux devenue flottante après la résection sous-périostée. En pareil cas, la reconstitution de la lèvre exige de longues incisions atteignant la joue en passant sous les ailes du nez. Ces interventions compliquées représentent de véritables chéiloplasties qui varieront nécessairement selon les conditions de chaque cas.

Tous ces procédés émanent du principe fondamental du débridement vers la joue, mis en pratique depuis longtemps par les opérateurs. L'emprunt de véritables lambeaux caractérise les cheiloplasties proprement dites. Les débridements sont transversaux, obliques ascendants, obliques descendants, rectilignes ou en lignes brisées; la taille des lambeaux s'inspire plus ou moins des procédés de Clémot, de Malgaigne et de Mirault. Le procédé de Sédillot se signale par des débridements obliques ascendants.

Réparation des imperfections consécutives aux opérations. — L'opérateur ne peut pas toujours compter sur une restauration très régulière, et il est assez souvent obligé de pratiquer plus tard certaines opérations complémentaires qu'il importe de décrire avec précision.

Une fois j'ai observé une jeune fille sur laquelle l'avivement du lobule cutané médian avait été mal fait. Une bande de muqueuse formait *un relief demi-circulaire* sur la lèvre. Je supprimai profondément toute cette bande disgracieuse et je plaçai une série de sutures rayonnantes d'un bord à l'autre du lobule et de la lèvre.

Fig. 4. — Mauvais avisement du lobule cutané médian; restauration par excision d'un prisme de tissus sous le bourrelet muqueux. Sutures rayonnantes.

Les *encoches* médianes, assez fréquentes, peuvent être supprimées de deux façons : par une petite opération suivant les procédés de Clémot-Malgaigne ou de Nélaton, ou au moyen d'une assez longue incision horizontale, qui sépare le bord muqueux du reste de la lèvre. Le milieu de ce bord est attiré par en bas et suturé verticalement (procédé de J. Wolff), de manière à constituer un petit tubercule labial médian ; le reste de la plaie est réunie par des fils verticaux.

Lorsque le tubercule cutané est implanté à peu de distance du bout du nez et qu'on s'en sert tel qu'il est pour la restauration du milieu de la lèvre, il exerce ultérieurement une traction sur le nez et l'incurve par en bas. Si cette disposition est très exagérée, on peut songer à la faire disparaître. Je n'ai jamais fait une opération dans un cas de ce genre, mais voici celle que je conçois comme possible : sur la partie la plus antérieure de la lèvre, sous la cloison nasale, faire deux incisions partant du même point en avant et divergeant en dehors et en arrière. Disséquer d'avant en arrière la languette triangulaire ainsi délimitée, de manière à la reculer vers l'attache normale du nez; suturer transversalement, sous la cloison des narines, les bords internes des deux incisions divergentes et fixer l'angle antérieur de la languette en arrière de cette suture transversale.

*Correction de la narine.* — Il ne me reste plus qu'à indiquer la façon de rendre à la narine ou aux narines une forme plus normale, à la suite d'une opération quelconque de bec-de-lièvre unilatéral ou bilatéral, simple ou compliqué. La narine est généralement étalée, aplatie, concave au dehors, convexe en dedans ; son cartilage fait en dedans une saillie disgracieuse et en même temps gênante pour la respiration. On peut considérer les trois plans qui la constituent (peau, cartilage, muqueuse) comme trois cornets inclus l'un dans l'autre et dont les deux internes sont trop grands par rapport au plus externe.

Pour corriger cette défectuosité, il faut une excision en forme de coin tronqué.

*Au point le plus aplati, le plus convexe en dedans*, qu'il siège près de l'angle antérieur de la narine ou sur la partie latérale, je supprime un petit triangle de tissus dont la base correspond au bord de la narine, mais par des sections obliques très inclinées, de manière à ce que la perte de substance soit sensiblement plus grande à la face interne de la narine qu'à sa face externe. Les sutures ont forcément pour résultat d'en arrondir le contour, puisque par l'opération les cornets internes, représentés par le cartilage et la muqueuse, redeviennent plus petits que le cornet externe constitué par la peau.

P. Berger pense qu'on peut rendre à la narine sa forme circulaire, en détachant tout d'abord l'aile du nez de la lèvre et de la joue, dans tous les cas de bec-de-lièvre complet unilatéral ou bilatéral, et en réunissant sa partie postérieure à la partie postérieure avivée de la sous-cloison nasale.

Kirmisson préfère utiliser le bord externe de la fissure pour la reconstitution du bord postérieur de la narine. Il me semble que la méthode des débridements vers la joue peut seule assurer à la lèvre une hauteur suffisante (1).

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

## Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de la chlorose.

### I

On prononce souvent le mot de « chloro-anémie », sans se douter que l'association de ces deux mots dans une même dénomination est absolument irrationnelle, con-

(1) Extrait du *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de Le Dentu et Delbet, tome IV, sur le point de paraître (J.-B. Baillère et Fils, 1897).

Digitized by Google

traire à la nosologie et à la clinique, comme je veux vous le démontrer, et cela dans un but thérapeutique.

Il y a *une* chlorose et *des* anémies. On *est* chlorotique ; on *devient* anémique. Une chlorotique peut être anémique; une anémique ne devient pas chlorotique. N'a pas la chlorose qui veut, tandis que l'anémie peut être produite par des causes nombreuses et diverses que nous pouvons faire naître à volonté. L'une est une maladie d'évolution, se montrant d'ordinaire de douze à vingt-quatre ans, surtout chez la femme, d'une façon spontanée, essentielle pour ainsi dire, et sans cause apparente; l'autre peut apparaître à tout âge, en dehors de la puberté, chez l'homme comme chez la femme, elle est subordonnée à des causes multiples et diverses, telles que, hémorragies abondantes, inanition, convalescence d'affections aiguës ou chroniques. Ici, maladie constitutionnelle par excellence et constituée par d'importantes altérations sanguines et par une sorte de fragilité globulaire ; là, maladie accidentelle où souvent l'altération quantitative du liquide nourricier a le pas sur l'altération qualitative.

On pourra discourir longtemps encore dans le silence du cabinet, sur l'identité possible des altérations sanguines dans la chlorose et dans les anémies ; on prétendra rendre chlorotiques des chiens auxquels on a fait subir des émissions sanguines fréquentes et répétées. Je dis que cela n'est pas possible. Vous avez rendu ces chiens anémiques, jamais chlorotiques.

On pourra encore serrer davantage la question, nous dire que le diagnostic des deux états morbides est souvent très difficile. Cela encore est inexact ; et, sans rappeler les propositions du début de ma leçon, sans avoir besoin de me pencher sur un microscope, de compter les globules, de supputer leur valeur en hémoglobine, de voir évoluer les hématoblastes, d'examiner les urines et d'y constater tous les produits de la déglobulisation, la bilirubine, l'urobiline et l'urohématine, nous dirons hardiment, nous cliniciens, qu'une fille est chlorotique lorsqu'elle devient rapidement anémique d'une façon spontanée et sans cause apparente, avec ces perturbations menstruelles et aménorrhéiques si fréquentes, ce facies chlorotique si caractéristique, cette pâleur souvent verdâtre de vieille cire des téguments, cette sorte de boursouflement des tissus, ces perversions singulières de l'appétit, ces divers troubles du système nerveux, l'état d'alanguissement musculaire et d'asthénie générale, avec ces souffles continus et à double courant des vaisseaux du cou.

Lorsqu'une jeune fille ou une femme plus âgée, après une longue maladie, ou après un rhumatisme articulaire aigu, après des fièvres intermittentes, après une dothiénentérie, devient pâle et adynamiée, lorsqu'à la suite d'hémorrhagies intestinales dans le cours ou à la fin d'une fièvre typhoïde, d'abondantes métrorrhagies puerpérales, les malades deviennent exsangues, nous disons qu'il s'agit d'anémie, et non pas de chlorose. Ici, *l'anémie constitue toute la maladie, tandis que l'anémie n'est qu'une partie de la chlorose.*

Celle-ci, ne l'oublions pas, est une entité morbide parfaitement déterminée ; elle est une maladie constitutionnelle du sang, et lorsqu'en voulant élargir démesurément son cadre, on y fait rentrer l'angustie aortique et artérielle de Rokitansky, Bamberger et Virchow, on commet à la fois une erreur de nosologie et de clinique.

Non, ce n'est pas une chlorose (dite aortique), cette affection si rare, si exceptionnelle, quand on la compare à la fréquence de la vraie chlorose, ou maladie de Varandal ; cette affection qui mène à l'infantilisme par suite du phénomène si connu d'adaptation de l'organisme ou des organes à une malformation congénitale ; cette affection enfin qui conduit si souvent à la néphrite et à la mort au milieu d'accidents urémiques. Et c'est ainsi que ces malades atteints d'une *pseudo*-chlorose infantile, viennent à succomber d'une maladie rénale et à des accidents urémiques entre vingt et trente ans. La chaîne pathologique a pu être interrompue ainsi pendant dix ou vingt ans; mais, c'est à nous cliniciens, qu'il appartient de rattacher les deux chaînons, la pseudo-chlorose de l'enfant et la néphrite artérielle du jeune homme, par angustie aortique : une seule maladie évoluant en deux fois, par deux étapes successives.

A-t-on jamais vu les *vrais* chlorotiques succomber à l'urémie? Nullement ; leurs urines sont remarquables par leur grande toxicité, et si l'on y constate parfois quelques traces d'albumine, c'est là un phénomène banal, sans grande importance, puisqu'il est le résultat de la destruction et de l'altération globulaires, peut-être des auto-intoxications gastro-intestinales sur lesquelles Duclos (de Tours) a judicieusement appelé l'attention. La mort est rare dans cette maladie, et lorsqu'elle survient, c'est par complication, le plus souvent par thrombose des sinus cérébraux, thrombose ou embolie de l'artère pulmonaire. On commet donc une erreur en regardant comme une variété de chlorose, la maladie consécutive à l'aplasie artérielle congénitale.

On commet encore une faute — je n'hésite pas à le dire — en acceptant la désignation de « *chloro-brightisme* » pour des faits qui ne rappellent que de très loin ou même qui ne rappellent nullement la chlorose. Tout au plus devrait-on dire : *anémo-brightisme*. La sclérose artérielle peut prendre le masque d'une maladie cérébrale ou oculaire, d'une affection pulmonaire ou cardiaque, comme de la chlorose. Alors, à côté du « chloro-brightisme », il y aurait lieu, tout aussi bien, d'admettre le cérébro-brightisme, l'oculo-brightisme, le pneumo-brightisme, etc. En résumé, la conception du « *chloro*-brightisme » doit être combattue au nom de la nosologie, au nom de la clinique, au nom de la thérapeutique ; car, a-t-on jamais vu la médication ferrugineuse avoir la moindre action sur lui ?

Digitized by Google

On voit combien est grande la valeur des mots en médecine, combien il est important de bien définir la chlorose ; et pour la bien définir, il suffit, comme nous avons essayé de le faire, de l'opposer cliniquement à tous les états morbides qui ont avec elle plusieurs points de ressemblance ; et c'est ainsi que cessera « cette confusion — dont parlait déjà Trousseau — dans le diagnostic des maladies qui ont pour élément commun l'anémie ».

II

Trousseau disait encore : Ne donnez pas de ferrugineux à certaines chlorotiques, vous pourriez faire évoluer rapidement une tuberculose qui restait à l'état latent.

Je ne sais pas ce qu'il y a de vrai dans cette proposition peut-être exagérée ; mais je sais que l'illustre clinicien avait affaire à des tuberculoses se cachant sous le masque pseudo-chlorotique. Les détails dans lesquels je suis entré montrent qu'il faut faire une distinction capitale entre la chlorose et les pseudo chloroses, c'est-à-dire les anémies. Or, au point de vue thérapeutique, nous n'avons à nous occuper que de la première, et il est entendu que le fer constitue son traitement spécifique, quoiqu'on en ait bien souvent abusé. Mais, comme il est entendu encore qu'en clinique on ne soigne pas seulement la chlorose, mais des chlorotiques et que cette proposition : chlorose = fer, n'est pas toujours vraie, il faut considérer trois cas :

1° Il y a des chloroses où le fer est inutile ;
2° Il y en a où le fer est nuisible ;
3° Il y a des chloroses où le fer est très utile.

Je ne fais que mentionner l'opinion de Charrin en vertu de laquelle la chlorose ne serait autre qu'une auto-intoxication due à l'insuffisance de fonctionnement, en tant qu'émonctoire, de l'appareil utéro-ovarien. Alors, il serait indiqué de prescrire aux malades, soit la glande ovarienne en nature, soit un extrait, l'*ovaréine* sous forme de poudre, à la dose quotidienne de 0,25 centigrammes à 1 gramme. Les faits sur lesquels on s'appuie pour recommander cette médication, ne sont pas encore assez probants.

1° *Chloroses où le fer est inutile.* — Ce sont les chloroses du premier degré de Hayem. Pour celles-là, le *repos*, une *alimentation convenable* — je n'ai pas dit « fortifiante » dans le sens qu'on lui attache journellement avec l'abus des viandes dont on bourre littéralement les malades — l'*air de la campagne* dans un endroit bien ensoleillé, suffisent le plus souvent.

Il y a une question fort intéressante à ce sujet, c'est l'*hygiène des chlorotiques*, et parmi ces principes d'hygiène, le repos des malades constitue la première indication à remplir. N'oublions pas que la jeune fille chlorotique par le fait même de sa maladie, par le fait de sa pauvreté globulaire, est dans un état de méiopragie générale. L'aptitude fonctionnelle de ses organes, de son organisme tout entier est fort restreinte, et quand sous prétexte de leur faire respirer un air pur, on ordonne des promenades trop fréquentes ou trop prolongées, des voyages plus ou moins éloignés, on commet une grave faute d'hygiène.

Murri (de Bologne) qui, avec tous les auteurs, a remarqué le peu de résistance de ces malades au froid, a constaté, judicieusement sans doute, que les accidents chlorotiques s'accusent pendant la mauvaise saison, ce qui l'avait conduit à signaler « la chlorose d'hiver » (chlorosi invernale). Eh bien, à un autre point de vue, il y a des chloroses d'hiver et des chloroses d'été : *chloroses d'hiver* pour les jeunes filles du monde que l'on astreint dans les villes à assister aux festins et aux bals sous prétexte de distraction ; *chloroses d'été* pour les jeunes filles de la campagne obligées de prendre part, pendant la belle saison, aux travaux fatigants des champs. Je me souviens, à ce sujet, d'une jeune fille chlorotique qui était à mon service, et qui, du jour où elle a été respirer « le grand air » dans son pays natal, est tombée dans un état de chlorose des plus avancés. Quand elle était à Paris où elle exerçait son métier de femme de chambre, et quoiqu'elle y respirât certainement un air moins pur, elle revenait à la santé. L'an dernier, j'ai eu à l'hôpital trois chlorotiques traitées seulement par le repos au lit, et sans médicament ; elles ont rapidement guéri, uniquement parce qu'elles étaient, par le seul fait de leur séjour hospitalier, éloignées de leurs travaux fatigants ; et cependant, on ne peut pas dire que, dans les salles d'hôpital, nos malades ont toujours un air pur et très réparateur ; mais elles y goûtent un repos bienfaisant, la première indication, l'indication capitale de la thérapeutique chez les chlorotiques.

Ne l'oublions pas, en effet, le surmenage, sous quelque forme qu'il se produise, de quelque nom qu'il s'appelle, c'est là l'ennemi de la chlorose, c'est lui qu'il faut éviter, en se rappelant toujours que ce surmenage est une chose relative, et qu'il commence chez la chlorotique, là où à l'état normal il ne s'agit que du fonctionnement presque physiologique de la vie physique et intellectuelle.

2° *Chloroses où le fer est nuisible.* — Je ne parle pas, bien entendu, des cas de pseudo-chlorose tuberculeuse auxquels Trousseau a fait si souvent allusion ; ils ne rentrent pas dans la question. Mais, il est une forme de chlorose que les recherches décisives de Hayem ont beaucoup contribué à faire connaître, c'est la *chlorose dyspeptique* dans laquelle la dyspepsie est le phénomène prédominant, qu'elle soit constituée par l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie, par la dilatation de l'estomac avec ou sans fermentations gastro-intestinales, par l'ulcère gastrique, etc. Ici, le traitement de la chlorose s'efface complètement devant celui de l'état dyspeptique, et prescrire dans ces cas les ferrugineux d'emblée, c'est en quelque sorte, introduire du plomb dans l'estomac. Tout a été dit à ce sujet, et je serais tenté de répéter pour les chlorotiques ce que Peter disait si judicieusement des tuberculeux : « Il faut entourer d'un soin pieux leur estomac. »

Digitized by Google

On a accusé les ferrugineux — et Trousseau était de ceux-là — de produire une sorte de fièvre artificielle, avec rougeurs de la face, signes d'éréthisme cardio-vasculaire, fréquence du pouls, palpitations incessantes et violentes, etc. Or, par elle-même, aucune préparation ferrugineuse n'est capable de produire tous ces accidents; il faut qu'elle ait été prescrite à des dyspeptiques, et nous avons là tout le tableau d'une gastropathie médicamenteuse jointe à un état gastrique ancien, et dont le retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire s'est manifesté par tous ces symptômes. Alors, pour calmer ces palpitations d'origine stomacale, on peut avoir une tendance à prescrire la digitale, que je ne crains pas lorsque ces palpitations sont d'origine directement anémique, mais qu'il faut craindre sur tous les estomacs malades.

Donc, il y a un principe dont l'importance est considérable, prépondérante dans la thérapeutique de la chlorose et qu'il faut écrire en gros caractères : PAS DE FER, PAS DE DIGITALE, PEU OU PAS DE MÉDICAMENTS *dans la chlorose dyspeptique*. Soignez la dyspepsie d'abord, la chlorose ensuite.

3° *Chlorose où le fer est utile.* — Quand cette dyspepsie a entièrement disparu, on peut commencer le traitement ferrugineux d'abord à la faible dose (20 centigrammes en deux fois de protoxalate ou de lactate de fer sans jamais dépasser 30 à 40 centigrammes par jour), les préparations de choix étant encore celles de protochlorure, de protoiodure, de tartrate ferrico-potassique, de citrate de fer ou de fer réduit par l'hydrogène.

C'est encore dans la chlorose du deuxième degré de Hayem que les ferrugineux trouvent leur emploi. Mais dans celles du troisième degré, les fonctions digestives sont d'ordinaire profondément troublées, et c'est à elles qu'il faut s'adresser, en insistant surtout sur le repos le plus absolu.

Trousseau, qu'il faut souvent citer, et qui avait, avec raison sans doute, élevé la médication spécifique à la hauteur d'un principe, recommandait de traiter l'anémie palustre par la quinine, l'anémie syphilitique par le mercure et l'iodure, l'anémie chlorotique et ses conséquences par le fer. Il y a là une part de vérité, mais aussi une exagération; et quand l'anémie palustre, par exemple, est un fait accompli, je doute que la quinine, à elle seule, puisse la faire disparaître. En un mot, dans beaucoup de maladies, il y a des manifestations, satellites et conséquences de ces maladies, qui finissent par évoluer en dehors d'elles et qui réclament une autre médication, ce que Fournier a si bien démontré pour les affections « parasyphilitiques ». C'est ce qui existe pour les affections pararhumatismales où le traitement mercuriel et ioduré d'une part, où le salicylate de soude d'autre part, sont tout à fait impuissants. La même chose advient pour certaines manifestations *parachlorotiques*, et chercher à combattre à outrance par le fer les névralgies, les gastropathies, les thromboses veineuses, tous les troubles nerveux de la chlorose, c'est s'exposer non seulement à des insuccès thérapeutiques, mais aussi à l'aggravation de la maladie principale. Sans doute, en faisant disparaître la cause, on supprimera l'effet après un temps plus ou moins long, mais le mieux est encore d'instituer la médication d'urgence et la thérapeutique du symptôme ou de la complication.

Nous savons, d'autre part qu'il faut, non pas soigner la chlorose, mais les chlorotiques, et à celles qui sont excitables et éréthiques en quelque sorte, l'*atmosphère maritime* comme les *très hautes altitudes* sont préjudiciables.

A ce point de vue, on ne saurait trop condamner les hautes altitudes, comme celle de Saint Moritz (dans l'Engadine) située à 1,850 mètres au-dessus du niveau de la mer, où le climat trop excitant devient une cause d'aggravation de la maladie. Et ce n est pas là une simple vue de l'esprit, car je suis allé à Saint-Moritz, et j'ai constaté le fait de la façon la plus irréfutable, j'ai vu des malades qui en revenaient singulièrement aggravés. A ces malades névropatiques, dont il faut ménager les forces, on impose un voyage fatigant et long en chemin de fer et en voiture, un climat des plus excitants, je le répète, et ce double surmenage aboutit à des résultats presque désastreux, d'autant plus qu'on ne peut pas compter sur l'efficacité des eaux ferrugineuses de cette station, puisqu'elles introduisent dans l'organisme des quantités presque négligeables de principes actifs. Donc, à cette station, comme à d'autres semblables, il y a une triple contre-indication pour les chlorotiques : la longueur et la fatigue du voyage, l'excitation trop grande du climat, l'inutilité de la cure ferrugineuse qui n'existe pas, à proprement parler.

A ces malades, il faut une station d'altitude modérée *ne dépassant jamais* 800 à 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, à l'abri des vents et des bourrasques, et l'on trouve ces climats surtout en France, dans les Vosges comme à Gérardmer, dans l'Auvergne comme à La Bourboule, à Royat et à Saint-Nectaire, dans les Pyrénées, dans le Jura, et même dans les Alpes comme à Evian, à Saint-Gervais où existe un climat véritablement bromuré, si l'on peut ainsi dire. J'en passe, et des meilleures, et l'on voit ainsi que, pour les cures d'air, en France, nous n'avons que l'embarras du choix. N'allons donc pas chercher à l'Etranger ce que nous avons mieux chez nous, et quand nous pouvons allier les intérêts bien compris des malades avec ceux du patriotisme, n'hésitons pas...

Pour les chloroses torpides évoluant par exemple sur un terrain strumeux et lymphatique, le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques arsenicales de la Bourboule, par exemple, quelques eaux sulfureuses faibles que l'on trouve en abondance aux Pyrénées, trouveront parfois leur indication; et cependant, en vertu du principe que j'ai posé, je crains encore assez souvent la

Digitized by Google

trop grande excitation de l'atmosphère maritime et des eaux chlorurées trop fortes.

Vous devez remarquer que j'ai beaucoup restreint les cas où le fer doit être prescrit dans la chlorose ; j'ajoute que les autres médicaments, le manganèse, l'arsenic à outrance, tous les vins de quinquina phosphatés ou non, toutes les macérations de quinquina, de colombo ou de quassia amara, sont souvent inutiles quand ils ne sont pas nuisibles. Encore une fois, le surmenage, voilà l'ennemi qu'il faut combattre, qu'il faut éviter à tout prix dans le traitement de la chlorose, lequel peut se résumer en trois mots : REPOS, AIR, FER. C'est là ainsi la triple alliance thérapeutique : *Beaucoup de repos, beaucoup d'air* (c'est-à-dire beaucoup d'oxygène), *un peu de fer*. Et l'on peut rappeler à ce sujet les paroles de Tissot au siècle dernier, pour le traitement de l'état nerveux, la neurasthénie de nos jours :

« On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile

ACIDE CHLORHYDRIQUE. — S'administre dans les dyspepsies hypo-acides avec fermentations anormales.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | 1/2 à II | gouttes par jour |
| De 15 mois à 3 ans | II à IV | — |
| De 3 à 5 ans | IV à X | — |
| De 5 à 10 ans | X à XX | — |

Potion : Acide chlorhydrique officinal. 1 gramme
Eau distillée 200 —
Sirop de limon 50 —

Une ou plusieurs cuillerées à café après les repas.

DIGITALE. — Tonique du cœur, diurétique.

1° *Poudre de feuilles de digitale*, s'emploie en macération dans l'eau.

| | | |
|---|---|---|
| De 6 à 15 mois | 0 gr. 01 à 0 gr. 05 | par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 0 — 05 à 0 — 10 | — |
| De 3 à 5 ans | 0 — 10 à 0 — 20 | — |
| De 5 à 10 ans | 0 — 20 à 0 — 30 | — |

La macération, bien supérieure à l'infusion, s'opère par le séjour 12 ou 24 heures de la dose quotidienne de poudre dans 60 ou 100 gr. d'eau froide. — Passez dans un linge fin et donnez en une fois. — Ne pas prolonger la médication au delà de cinq jours.

2° *Teinture de digitale.*

| | | |
|---|---|---|
| De 6 à 15 mois | I à III | gouttes par jour |
| De 15 mois à 3 ans | III à X | — — |
| De 3 à 5 ans | X à XV | — — |
| De 5 à 10 ans | XV à XX | — — |

2° *Sirop de digitale.*

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 2 ans | Abstention | |
| De 2 à 5 ans | 5 à 10 | grammes par jour |
| De 5 à 10 ans | 10 à 30 | — — |

4° *Digitaline cristallisée.* Ne s'emploie pas au-dessous de 5 ans. De 5 à 10 ans, on pourra donner X à XII gouttes de la solution au 1/1000, ce qui fait 1/5 ou 1/4 de milligr. de digitaline cristallisée.

FER. — Spécifique de la chlorose, il ne devient donc utile qu'aux approches de la puberté. Il ne convient pas à la première enfance, comme l'a dit M. J. Simon. Pourtant les Français administrent l'iodure de fer aux scrofulo-tuberculeux, et les Allemands prescrivent les préparations ferrugineuses aux heredo-syphilitiques, même lorsqu'ils sont âgés de moins de deux ans. Il n'est pas prouvé que ces deux pratiques soient utiles.

1° *Protoxalate de fer.* La meilleure préparation quand il s'agit de traiter la chlorose.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | Abstention. | |
| De 15 mois à 3 ans | 0 gr. 01 à gr. 15 | par jour |
| De 3 à 5 ans | 0 gr. 05 à 0 gr. 15 | — |
| De 5 à 10 ans | 0 gr. 15 à 0 gr. 25 | — |

2° *Iodure de fer.* On emploie surtout le *sirop d'iodure de fer* aux doses suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 1 an | Abstention. | |
| De 1 an à 2 ans | 5 à 15 | grammes par jour |
| De 2 à 5 ans | 15 à 20 | — — |
| De 5 à 10 ans | 30 à 60 | — — |

3° *Tartrate ferrico-potassique.* La plus soluble des préparations de fer.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 1 an | Abstention. | |
| De 1 à 2 ans | 0 gr. 10 à 0 gr. 20 | par jour |
| De 2 à 5 ans | 0 gr. 20 à 0 gr. 50 | — |
| De 5 à 10 ans | 0 gr. 50 à 1 gramme | — |

4° *Hémoglobine soluble.*

| | | |
|---|---|---|
| De 1 à 2 ans | 0 gr. 20 à 0 gr. 30 | par jour |
| De 2 à 5 ans | 0 — 50 à 1 gramme | — |
| De 5 à 10 ans | 1 à 2 grammes | — |

FOUGÈRE MALE. — Vermifuge, employé surtout contre le tœnia. On emploie l'extrait éthéré de fougère mâle aux doses suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| De 1 à 2 ans | 0 gr. 50 à 1 gramme | par jour |
| De 2 à 5 ans | 1 à 3 grammes | — |
| De 5 à 10 ans | 3 à 5 — | — |

On l'associe au calomel dans des capsules renfermant 0 gr. 05 de calomel et 0 gr. 50 d'extrait éthéré de fougère ; deux capsules à la fois, de 10 minutes en 10 minutes, jusqu'à ce qu'on ait atteint la dose qui convient à l'âge.

Si l'enfant est trop jeune pour avaler les capsules, on se servira de l'électuaire du Dr Duchesne :

| | |
|---|---|
| Extrait éthéré de fougère mâle | 0 gr. 50 à 3 grammes |
| Calomel | 0 gr. 05 à 0 gr. 50 |
| Sucre | 8 grammes |
| Gélatine | Q. s. pour faire une gelée |

HUILE DE RICIN. — Purgatif.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 6 mois | 2 à 4 | grammes par jour |
| De 6 à 15 mois | 4 à 6 | — — |
| De 15 mois à 3 ans | 6 à 8 | — — |
| De 3 à 5 ans | 8 à 15 | — — |
| De 5 à 10 ans | 15 à 20 | — — |

Pour les très jeunes enfants, on doit la prescrire en émulsion :

Huile de ricin } ãã 1 gramme
Eau de mélisse poivrée }
Eau commune 2 parties
Jaune d'œuf n° 1.

Voici un autre moyen de préparer l'émulsion : versez la dose d'huile de ricin dans 20 à 30 grammes de lait ; chauffez en remuant avec une cuiller. Quand l'émulsion est produite, édulcorez avec du sirop de fleurs d'oranger.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

## BACTÉRIOLOGIE

**Sur quelques microbes strictement anaérobies et leur rôle dans la pathologie humaine.** — Quand on examine disent MM. A. Veillon et A. Zuber (*Soc. de biol.*), microscopiquement des préparations de tissus gangrenés, de pus fétide, comme le pus d'appendicite, de mastoïdite, de bartholinite, etc., on constate une quantité considérable de microbes variés. Cependant lorsqu'on ensemence ce pus sur les milieux habituels, on est étonné de voir la petite quantité de colonies développées, souvent même la culture reste stérile. Ce fait nous avait déjà frappé depuis longtemps et avait fait le sujet d'une communication de l'un de nous en 1893. Depuis, nous avons cherché systématiquement, dans le laboratoire de M. le professeur Grancher, les microbes strictement anaérobies, dans 25 cas de suppurations gangreneuses ou fétides. Nous avons vu alors que, dans ces produits pathologiques, les microbes, loin d'être morts, comme les cultures sur les milieux habituels peuvent le faire croire, étaient vivants et très nombreux, car les cultures en milieu anaérobie sont d'une richesse extrême, et nous avons pu isoler un assez grand nombre d'espèces.

Un de ces microbes a été trouvé chez un enfant atteint d'ostéo-arthrites purulentes multiples. Le pus des différentes collections, très fétide, contenait, à l'état pur, un petit bacille fin et très court. Il prend les couleurs basiques d'aniline, mais il se décolore par la méthode de Gram. Il ne pousse qu'à l'abri de l'air et seulement à la température de l'étuve. Dans l'épaisseur de la gélose, il forme de petits points très fins qui sont des colonies rondes à bords lisses et ondulés, finement granuleuses, transparentes, légèrement grisâtres. En surface sur gélose, il forme de petites gouttelettes claires, transparentes, humides, comparables aux colonies de gonocoques. Il ne trouble pas le bouillon et y forme des petits nuages floconneux qui tombent au fond du tube. On ne constate jamais de spores et une température de 53 degrés le tue en une heure. Le bacille est très polymorphe; en effet, en culture, on constate non seulement des formes courtes, mais on voit des bacilles s'allonger, devenir filamenteux, s'épaissir en présentant des renflements cylindriques en fuseaux ou enfin sphériques. Par l'inoculation de cultures pures, on produit des abcès sous-cutanés chez la souris, le cobaye, le lapin. Il semble surtout virulent pour le lapin qu'il tue en sept à huit jours.

Les autres organismes proviennent de différentes suppurations fétides (appendicites, abcès cérébraux, gangrène pulmonaire, suppurations pelviennes, bartholinites). Ils ont été, pour la plupart, trouvés plusieurs fois dans des cas différents. Ces organismes, croyons-nous, ne peuvent être identifiés aux rares microbes anaérobies dont la description a été publiée. E. Levy, E. Frænkel, Lubinski, Klein, Hartmann, Mignot et Dujon ont trouvé, dans des cas divers, des microbes strictement anaérobies, mais il n'a pas été fait de recherches systématiques sur ce sujet. La nature bien spéciale des lésions causées par ces microorganismes a dû cependant frapper les observateurs; mais la recherche des microbes anaérobies exige un dispositif spécial, une technique délicate trop souvent inusitée. D'autre part, ces organismes sont souvent associés à des microbes aérobies, ceux-ci, en se développant dans les cultures, égarent les chercheurs en leur laissant croire que les formes observées microscopiquement ont poussé en culture. C'est ainsi que, d'après nos recherches dans les appendicites, le coli-bacille et le streptocoque ne sont qu'en quantité infinitésimale par rapport aux microbes anaérobies. Il en est de même dans beaucoup d'abcès et certaines gangrènes pulmonaires. De plus, il est délicat de séparer les microbes anaérobies quand ils sont mélangés à d'autres anaérobies ou à des aérobies. Dans un prochain travail nous montrerons quelle est la technique à employer et nous ferons la description détaillée des microbes observés.

De nos recherches actuelles, nous concluons que, dans les abcès contenant un pus fétide (appendicites, abcès péri-cæcaux, otites, mastoïdites, suppurations pelviennes, bartholinites), on trouve des microbes strictement anaérobies; la fétidité de la collection est constamment liée à la présence de ces organismes.

La gangrène des tissus, et en particulier la gangrène pulmonaire, est sous la dépendance de microbes strictement anaérobies.

Ces microbes anaérobies jouent un rôle des plus importants, non seulement dans la production de la fétidité ou de la putréfaction des tissus nécrosés, mais encore ils sont la principale cause des lésions. En effet, quand ils sont associés à des microbes aérobies, ces derniers sont en minorité, et d'autre part, dans certains cas, nous avons trouvé les microbes anaérobies seuls. Enfin l'isolement en culture pure et l'inoculation nous a permis de voir que ces microbes étaient vraiment pathogènes.

Il y a donc chez l'homme, en dehors de la gangrène gazeuse et du tétanos, toute une série d'affections qui ne sont pas rares et qui sont causées par des microbes strictement anaérobies dont nous avons isolé et décrit un certain nombre.

---

**Séborrhée grasse et pelade.** — D'après le Dr Sabouraud il y aurait, au point de vue microbien, une identification absolue entre deux maladies dont l'aspect clinique est pourtant différent : la séborrhée grasse et la pelade. (*Annales de l'Institut Pasteur*).

En raclant une peau atteinte de séborrhée, on obtient

Digitized by Google

un produit huileux qui se dissout dans l'éther et qui, traité par la méthode de Gram, montre la présence d'un bacille fin, abondant, très court et punctiforme quand il est jeune, atteignant un millième de millimètre quand il est adulte, se colorant très facilement.

Ce bacille siège toujours dans le tiers superficiel du follicule pileux, entre l'orifice cutané du follicule et l'abouchement de la glande sébacée dans l'intérieur de ce follicule. On trouve ce bacille à l'état de colonie pure dans un amas de cellules cornées et de sébum, constituant le cylindre gras qu'on fait sortir par expression de la peau.

Lorsque cet amas s'infecte secondairement par la présence du staphylocoque ou du streptocoque, il donne naissance à des furoncles ou à des boutons d'acné. Le développement de cette colonie microbienne tue le cheveu, et s'oppose à la nutrition de la papille génératrice. Il en résulte une chute des cheveux, une dépilation progressive et lente, mais parfois susceptible d'un processus rapide.

M. Sabouraud n'a pu obtenir la culture de son bacille que sur des milieux très acides comme celui-ci :

| | |
|---|---|
| Peptone | 20 grammes. |
| Glycérine | 20 — |
| Acide acétique | V gouttes. |
| Eau | 1000 grammes. |
| Gélose | 13 — |

Il utilise des géloses déjà vaccinées par la culture préalable du coccus blanc, ou traitées par la chaleur à 65 degrés, pendant dix minutes, température qui tue le coccus blanc et laisse vivre le bacille de la séborrhée.

Quant à la pelade, affection cliniquement bien différente de la séborrhée, M. Sabouraud lui reconnaît un microbe identique.

Le poil disparaît au niveau d'une plaque de pelade, soit brusquement, soit par une succession de phénomènes régressifs. Ceci est dû à l'atrophie de la papille, dont le follicule a été envahi par le micro-bacille de la séborrhée.

Au point de vue pathogénique, l'auteur ne se prononce pas; il constate pour le moment que la pelade est une sorte de séborrhée à marche aiguë; ce qui l'amène au point de vue thérapeutique à employer contre la pelade, le soufre, médicament qui arrête le mieux la séborrhée.

---

**Les saprophytes de l'amygdale.** — A l'inspection des amygdales, on trouve assez souvent à leur surface de petits grumeaux blancs, de la taille d'une tête d'épingle et au-dessus, qui émergent des cryptes tonsillaires : on parle alors d'angine lacunaire ou folliculaire. M. Ruge a examiné des corpuscules de ce genre *in situ* sur des coupes d'amygdales prises sur le cadavre. Il a noté les particularités suivantes. Ces grumeaux sont constitués par des amas de leucocytes qui enveloppent un écheveau de filaments enchevêtrés; ces filaments émettent des rameaux latéraux et se terminent en rayons à la périphérie du grumeau, où ils semblent se renfler en massue; mais, avec un objectif à immersion on peut dissocier ces épaississements en filaments et en éléments arrondis micrococciques. Parfois les filaments affectent l'aspect d'un chapelet. Le carmin les colore mal; l'hématoxyline leur donne une teinte rouge lie-de-vin qui tranche sur le fond violet des éléments anatomiques ambiants, en particulier des leucocytes; la méthode de Gram donne les meilleurs résultats (*Zeitschrift f. Klin. Med.*) Ces caractères sont ceux du streptothrix quelquefois pathogène, que M. Sabrazès a décrit au Congrès de Nancy en 1896. Mais l'aspect général du corpuscule et les ramifications dichotomiques des filaments devraient plutôt le faire classer dans le genre des actinomycètes. — Bd.

---

## PHYSIOLOGIE

**Action du chlorure de sodium.** — Des expériences faites par M. Maurel sur le chlorure de sodium, les *indications pratiques* suivantes semblent découler au moins comme probables.

Les injections de solutions de chlorure de sodium ont été employées jusqu'à présent dans trois buts différents : pour *remédier aux pertes sanguines; pour combattre la déshydratation* (choléra); et pour *laver le sang* (maladies infectieuses). Or, en tenant compte des expériences de M. Maurel (*Soc. de Biol.*), il résulterait :

1° Que pour remédier aux *pertes de sang*, il doit être plus avantageux d'employer des solutions qui, comme celle à 7 grammes p. 1000, sont peu diurétiques, et n'altèrent les éléments figurés du sang que lorsque dans le mélange on dépasse la proportion de 1/3.

2° Qu'il en est de même quand il s'agit de combattre la *déshydratation*. Dans ce cas, pour diminuer autant que possible la sortie des liquides de l'organisme, on peut, comme le fait Hayem, ajouter à la solution une certaine quantité de sulfate de soude. Ce sel, du reste, est encore moins offensif pour les éléments figurés de notre sang que le chlorure de sodium.

3° Mais, au contraire, quand il s'agit de *laver le sang*, il faut s'adresser aux solutions faibles qui sont plus diurétiques. Toutefois si l'on veut épargner les éléments figurés du sang, il ne faut pas descendre au-dessous de 2 à 3 gr. p. 1000. Ce sont, en effet, ces solutions qui, tout en étant déjà assez diurétiques à petites doses, altèrent le moins ces éléments.

4° Enfin, d'après les expériences de M. Maurel sur l'eau distillée, ce sont ces injections qui jouissent de la propriété diurétique au plus haut degré; mais, comme elle ne peut être ajoutée à notre sang dans une proportion un peu forte sans altérer nos éléments figurés, il faudrait, si on l'employait, ne l'injecter qu'en petite quantité ou consentir à déglobuliser légèrement le malade.

Du reste, cette déglobulisation n'est que momentanée,

Digitized by Google

et l'organisme répare rapidement ses pertes, surtout sous l'influence du chlorure de sodium en solutions fortement concentrées.

---

**Venin des mouches à miel.** — Le Dr Langer (de Prague) a fait des expériences intéressantes sur les sécrétions des glandes à venin des mouches à miel. Ces sécrétions se présentent sous la forme d'un liquide clair, transparent, ayant une odeur forte, de réaction acide; il renferme une quantité peu considérable d'acide formique.

Ne renfermant aucun microbe, au moment où il est sécrété, il paraît, au contraire, avoir une action bactéricide.

Après avoir déposé ce venin sur la conjonctive d'un lapin, on voit survenir du chémosis, un écoulement de larmes, devenant rapidement purulent, une congestion conjonctivale, etc. Tous ces phénomènes disparaissent en général au bout de cinq jours.

Le principe actif du venin ne paraît pas être l'acide formique; car dilué dans l'eau de façon à avoir une solution à 1 pour 100, le liquide sécrété donne encore lieu aux mêmes phénomènes inflammatoires.

Le Dr Langer a pu arriver à isoler le principe toxique qui est un corps présentant les réactions des alcaloïdes, résistant à la chaleur et au froid, ainsi qu'aux caustiques. Une injection de cette substance dans les veines du lapin détermine rapidement la mort de l'animal. Sous la peau, elle détermine du sphacèle localisé; dans le péritoine, elle occasionne la mort au bout de 10 heures.

## PATHOLOGIE NERVEUSE

**Le syndrome bulbaire d'Erb.** — Erb en 1878 décrivait un syndrome caractérisé par du ptosis double, de la faiblesse des muscles masticateurs et des muscles de la nuque, accessoirement, de la difficulté de la déglutition et de la parésie de la langue, de la faiblesse des extrémités, et la participation du territoire du facial supérieur à la paralysie. Goldflam a décrit des cas semblables sous le nom de syndrome bulbaire vraisemblablement curable, avec participation des extrémités, et Strümpell en fait une description d'ensemble sous le nom de paralysie bulbaire asthénique.

Le syndrome bulbaire d'Erb se présente surtout chez des sujets jeunes, sans aucune influence héréditaire. Après ou sans prodromes vagues, comme douleurs dans la tête et la nuque, quelquefois dans les extrémités, le mal s'installe d'une façon progressive. Tout d'abord, on observe des troubles fonctionnels qui résultent de la fatigue précoce, injustifiée de certains groupes musculaires; ce sont les muscles innervés par les nerfs bulbo-protubérantiels qui sont d'ordinaire atteints les premiers, le malade accuse de la diplopie, une certaine gêne de la déglutition, une certaine difficulté pour parler. Quand, ce qui est assez fréquent, les muscles de la nuque sont atteints, la tête peut plus être maintenue droite, elle a tendance à tomber.

Parfois, les muscles des membres supérieurs ou des membres inférieurs (Shaw) sont atteints les premiers, et les troubles de la phonation et de la déglutition surviennent ensuite. Constituée, la maladie se caractérise par une faiblesse particulière de tout le système musculaire, avec des différences symptomatiques selon ses localisations prédominantes. Le ptosis est unilatéral ou bilatéral d'emblée; l'ophtalmoplégie externe peut exister, mais elle n'est pas constante. L'examen du fond de l'œil est toujours négatif. La voix est nasonée, le masque facial est fixe et immobile, et les muscles masticateurs sont comme parésiés. La sensation de fatigue de ces derniers est souvent limitée au maxillaire inférieur. Fait capital, l'exploration électrique des muscles n'a jamais montré la réaction de dégénérescence.

Les muscles volontaires des membres paraissent en général sains, surtout si on les examine le matin, ils sont tous capables de remplir leur fonction, mais, après une courte période d'activité, ils perdent cette aptitude et semblent transitoirement paralysés; il y a une épuisabilité facile de leur contractilité qui se manifeste nettement lors de la fatigue. Parfois, l'amyosthénie est sujette à des oscillations, à des rémissions d'une durée variable.

Les troubles de la sensibilité sont rares, on a mentionné la céphalalgie, diverses paresthésies, entre autres, des sensations de brûlures. Les réflexes tendineux sont, en général, conservés. L'atrophie musculaire, bien qu'ayant été observée siégeant à la nuque, à la racine des membres, est plutôt rare.

Les secousses fibrillaires sont très peu fréquentes, et ne se rencontrent qu'incidemment, par exemple, à la langue. Erb a signalé une seule fois des secousses convulsives du maxillaire inférieur. Il n'y a pas de troubles des sphincters.

Un caractère important de cette affection, ce sont les rémissions de longue durée qui ont été fréquemment observées, et la guérison possible, voire même assez fréquente. Si la mort survient, elle est d'ordinaire le fait d'une paralysie bulbaire où domine soit la dyspnée bulbaire, soit la crise de palpitations avec fréquence du pouls.

MM. Brissaud et Lantzenberg (*Arch. méd.*, 1897), à qui nous empruntons cet exposé, publient deux observations personnelles, présentant ces quelques particularités, que l'un des malades était diabétique et ses symptômes d'amyosthénie avaient subi une recrudescence assez forte coïncidant avec une éruption furonculeuse; l'autre malade avait présenté des secousses fibrillaires.

Ce syndrome bulbaire de Erb est-il une entité morbide distincte et nettement caractérisée? On ne saurait le dire, car l'anatomie pathologique n'en est pas encore fixée. Dans le syndrome de Erb, tous les points du système musculaire peuvent être atteints. Mais tous ces points peuvent être atteints aussi dans les polyencéphalomyélites, et la clinique semble démontrer qu'à côté des différences qui

Digitized by Google

existent entre ces deux affections, il y a de nombreuses et grandes analogies. L'assimilation absolue n'est pas encore autorisée, dit Brissaud, mais nous ne serions pas surpris si de nouveaux cas ne confirmaient pas cette manière de comprendre les choses, et on ne peut pressentir que des recherches ultérieures feront de ce syndrome de Erb une variété particulière dans le groupe des polyencéphalomyélites curables. — M. D.

**L'acroparesthésie** est un syndrome clinique caractérisé par des engourdissements des extrémités, tenaces et gênants, indépendants de toute compression des troncs nerveux, comme de toute lésion caractérisée des centres. Bien que décrite par Nothnagel sous le nom de névrose vaso-motrice, par André Smith sous celui de Waking Numbness (engourdissement au réveil), c'est Schultze qui lui a donné le nom d'acroparesthésie (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenh.*), nom que M. Gilbert Ballet adopte (*Leçons de clinique médicale*, 1897). (1)

L'étiologie de l'acroparesthésie est encore obscure; elle s'observe le plus souvent chez la femme qui a dépassé la trentaine. Le refroidissement, le contact habituel des mains avec l'eau froide ou avec certaines substances chimiques paraît jouer le rôle de cause occasionnelle ; dans un certain nombre de cas, mais non dans tous. La fatigue, le mauvais état des voies digestives, incriminés par quelques auteurs, n'interviennent pas non plus d'une façon constante. Il faut distinguer aussi les engourdissements de l'acroparesthésie de ceux qui accompagnent parfois les lésions rhumatismales chroniques des petites jointures car, chez les malades affectés d'acroparesthésie, on ne rencontre pas l'arthrite déformante. Toutefois, il n'est pas impossible que le rhumatisme intervienne à titre de cause prédisposante générale. D'ordinaire, dit G. Ballet, les engourdissements sont plus accusés en hiver qu'en été, mais il n'en est pas constamment ainsi. C'est habituellement par les mains, et plutôt dans le domaine du médian que débute l'acroparesthésie, les pieds ne sont habituellement atteints que secondairement, bien que pouvant parfois débuter. L'acroparesthésie peut affecter les lèvres et la langue, et ne se limite pas exclusivement à l'extrémité des membres, elle peut envahir les avant-bras et les jambes. L'engourdissement a lieu d'abord exclusivement la nuit, soit au moment où le malade s'assoupit, soit plus souvent le matin au réveil ; puis, il se produit le jour, à l'occasion de certains contacts, quand les malades mettent un dé au doigt ou des gants, ou quand elles veulent exécuter certains mouvements, porter un panier, coudre, laver, etc. La sensibilité est parfois troublée, il y a de l'hyperesthésie, de l'hypoesthésie, une sensation pénible de *tuméfaction des extrémités* et tous ces troubles peuvent à un certain moment donné, retentir sur l'état général, engendrer des idées tristes, hypochondriaques. Les extrémités sont parfois violacées, livides, mais cette lividité n'augmente pas pendant les paroxysmes d'engourdissement qui ne s'accompagnent jamais de pâleur des téguments comme la syncope locale de Maurice Raynaud. Les troncs nerveux ne sont pas douloureux à la pression, il n'y a pas de douleurs vives, ni d'atrophie musculaire, ni de paralysies, pas de modifications de coloration de la peau ni de la température locale, L'acroparesthésie est une affection tenace qui dure des années avec des atténuations estivales inconstantes et plus ou moins accusées. Elle finit d'ordinaire par s'amender spontanément, La pathogénie en est encore jusqu'à présent difficile à préciser.

Tous les traitements sont inefficaces, celui qui donnerait de moins mauvais résultats serait le suivant, d'après M. G. Ballet : Usage régulier trois ou quatre fois par semaine, de douches sulfureuses, dirigées sur les membres, et continuées avec des frictions quotidiennes au moyen d'un morceau de flanelle légèrement enduit d'une pommade au tannin. — M. D.

(1) Doin, éditeur.

## TOXICOLOGIE

**Bactériologie appliquée à la médecine légale.** — M. le professeur Pouchet ayant été requis pour une expertise médico-légale au sujet d'une épidémie qui avait sévi dans le Nord en 1895 et où on avait incriminé de la viande de porc comme origine des manifestations morbides qui avaient attiré l'attention, vient de publier dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (mars 97), à ce sujet, un intéressant rapport en ce qui concerne les recherches bactériologiques sur les viandes avariées. M. le professeur Pouchet formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Les recherches toxicologiques ont permis de démontrer que le lard et les tripes provenant de chez le charcutier ne renfermaient, en quantité pondérable, aucune substance toxique, minérale, végétale ou animale ; 2° Les déjections de deux malades ne renfermaient également aucune substance toxique des mêmes groupes ; 3° La présence dans le lard, et les tripes surtout, de substances toxiques d'origine microbienne est certaine, mais surtout prouvée par les recherches bactériologiques ; 4° L'examen microbiologique a permis d'en isoler une bactérie spéciale qui a été identifiée, après expérimentation physiologique répétée, avec le *coccobacillus suinum* de M. Metchnikoff, bactérie spécifique de la pneumo-entérite infectieuse des porcs ; 5° Les renseignements recueillis sur notre demande par M. le juge d'instruction, les symptômes observés sur les animaux malades, l'évolution et la durée de la maladie, concordent exactement avec les faits précédents ; 6° Les accidents étudiés en détail dans les rapports de MM. les médecins légistes sont bien attribuables à une seule et même cause et doivent être rapportés à l'ingestion de substances alimentaires rendues toxiques, tant par la présence des produits élaborés par la bactérie pendant sa pullulation, que par cette bactérie elle-même ; 7° La

Digitized by Google

preuve de la présence de la bactérie spécifique de la pneumo-entérite infectieuse n'a pu être faite dans les déjections des deux malades ; mais il importe de remarquer que nous y avons constaté la présence du *colibacille* très virulent. Or, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas aventuré de dire que cette virulence du colibacille, qui existe d'une façon banale et à l'état non virulent dans l'intestin de l'homme sain, a pu être déterminée par l'association du *coccobaccillus suinum* pullulant dans l'intestin après ingestion des aliments dans lesquels la présence de cette dernière bactérie ne saurait être mise en doute.

---

**Pouvoir toxique de la nitro-benzine.** — La nitrobenzine est un liquide légèrement jaunâtre d'une saveur douce, d'une odeur agréable d'essence d'amandes amères ; elle est employée dans la parfumerie commune pour remplacer cette essence, et désignée commercialement sous le nom d'essence de mirbane ; elle tue l'homme à la dose de 4 à 5 grammes. M. Ehrlich et Lindélthal ont observé à la clinique du professeur Schroetter une malade de cinquante ans qui avait absorbé environ 100 grammes d'huile de mirbane mélangée à du rhum, un matin à jeûn. Des vomissements survenus rapidement avaient seuls rendu la survie possible. Amenée sans connaissance à l'hôpital la malade présentait une teinte plombée gris bleuâtre de la peau et des muqueuses, avec de la cyanose des extrémités. Son pouls était filiforme, irrégulier, sa respiration superficielle ; son haleine sentait l'amande amère. Par la respiration artificielle prolongée et par des inhalations d'oxygène on parvint à l'arracher au premier péril dû à la paralysie du centre respiratoire. Mais elle succomba le dix-septième jour avec de l'oligurie, de l'ictère, de la diarrhée, du délire, des lésions de decubitus acutus, de l'incontinence des matières. L'autopsie ne révéla que des lésions banales : de l'ictère généralisé, un peu d'œdème cérébral, de l'hypertrophie du foie, de la congestion de l'intestin. L'étude du sang avait révélé dès les premières heures du séjour de la malade à l'hôpital la présence de méthémoglobine, qui donne une bande d'absorption dans le rouge du spectre. Le sang était couleur chocolat, et le sérum rouge-brun (*Zeitschrift f. Klin. Med.*). A l'examen histologique, les globules présentaient différentes lésions : dans les uns, l'hémoglobine avait presque complètement disparu, et il s'y est formé un corps nucléiforme, d'une grande affinité pour l'éosine. D'autres prenaient les couleurs acides et basiques, soit l'éosine et l'hématoxyline, et devenaient ainsi violets au milieu des autres hématies rouges ; ils étaient polychromatophiles, d'après Askanazy. D'autres globules contenaient des noyaux ; il existait aussi des noyaux libres ou entourés de très peu de protoplasma hémoglobinifère. Les mégaloblastes sans noyau étaient très nombreux. Les leucocytes étaient au début à 6.800, le neuvième jour à 61.500, à la fin à 12.900. — Bd.

# ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 23 mars 1897*

**A propos de l'appendicite.** — M. Lucas-Championnière. Je pense que si dans certains cas l'appendice est si brutalement pris que l'on ne doit pas hésiter à opérer, dans bon nombre d'autres cas, l'intestin est longtemps envahi avant que l'état morbide de l'appendice ne s'affirme. C'est dans ces derniers cas que le traitement médical peut trouver place. Je crois que nous devons rester en défiance contre nous-même et ne pas nous laisser aller à réséquer fatalement l'appendice. Il semble exagéré d'admettre, comme on le fait aujourd'hui, que seul l'appendice peut être malade, quels que soient les accidents intestinaux.

L'encombrement intestinal peut déterminer des accidents simulant l'appendicite. Ce fait a été souvent observé par les chirurgiens — contrairement à ce que pense M. Dieulafoy, je crois que c'est l'intestin qui s'encombre et l'appendice qui se prend secondairement. Ce qui en est une preuve, c'est la guérison de l'appendicite sans opération — ou encore la continuation des accidents après résection de l'appendice.

L'encombrement sous toutes ses formes est la grande cause ; qu'il soit consécutif à l'alimentation, à une mauvaise hygiène ou à l'absence d'exercice.

La conclusion est qu'il faut songer avant tout à l'évacuation intestinale. L'opium ne peut donner que de mauvais résultats dans le cas d'accidents dus à l'encombrement.

Les sujets ayant eu plusieurs crises d'appendicite ne doivent point, non plus, être condamnés au repos. Il faut, au contraire, leur faire faire de l'exercice. La résection de l'appendice ne doit cependant pas être rejetée ; mais il faut éviter de la pratiquer quand on est en présence de simples troubles d'encombrement intestinal.

**Réponse à la communication de M. Reclus sur l'appendicite.** — M. Dieulafoy. Il rappelle qu'il y a deux semaines il avait simplement signalé l'absence d'attaques appendiculaires chez les sujets atteints d'entérocolite, mais qu'il n'avait pas nié la possibilité de la coexistence de ces deux affections chez un même sujet.

De nombreuses observations empruntées à M. le professeur Potain et à d'autres médecins tendent à prouver que l'appendicite n'est point une complication habituelle de la colite membraneuse.

Quant aux questions de pathogénie, il remarque que la théorie de M. Reclus n'est point très éloignée de la sienne puisqu'il considère que les accidents sont dus à la stagnation d'un liquide virulent dans l'appendice. Mais il pense que la déclivité de l'appendice ne peut pas toujours être mise en cause : par exemple, dans le cas où l'appendice remonte vers le foie.

**Traitement chirurgical des luxations congénitales de la hanche.** — M. Hoffa, de Wurstbourg. Extension de la cuisse; ou-

Digitized by Google

verture de la capsule articulaire ; curettage de la cavité cotyloïde comblée; immobilisation. — Statistique de 190 cas avec 6 cas de mort. — M. M.

**Elections.** — Election de deux membres correspondants nationaux (1re division).

1re ligne, M. Debierre (Lille); 2e ligne, M. Renou, de Saumur; 3e ligne, M. Lemaistre, de Limoges; 4e ligne (*ex-æquo*), MM. Vidal, Marvaud et Bertin.

Elus : M. Debierre, par 36 voix; M. Renou, par 33 voix.

La rédaction du *Journal des Praticiens* est heureuse de féliciter son distingué et sympathique collaborateur, M. Renou d'un succès si mérité. — H. H.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 19 mars 1897*

**De l'appendicite grippale.** — M. Merklen a observé récemment trois cas d'appendicite précédés ou accompagnés des phénomènes catarrhaux de la grippe. D'autres auteurs, parmi lesquels M. Jalaguier, avaient déjà signalé des accidents semblables après des maladies infectieuses, telles que la rougeole, les oreillons, la fièvre typhoïde ; il semble que sous ces causes diverses les microbes de l'intestin deviennent plus virulents et localisent leur action au niveau de l'appendice.

Le premier malade est un jeune homme de 19 ans qui, après une amygdalite aiguë, fut pris de frissons, de vomissements, de douleurs dans la fosse iliaque droite ; il s'agissait d'une appendicite familiale à rechute, qui se termina par résolution.

Le second est un garçon de 13 ans, qui, quelques jours après un coryza avec état grippal, fut pris de douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements, douleur très nette dans le point de Mac Burney... L'appendicite guérit en quelques jours. Jamais il n'avait eu d'autre manifestation du côté du tube digestif.

Enfin le troisième est un jeune lycéen qui, après une amygdalite aiguë, accompagnée des phénomènes généraux de la grippe, présenta une appendicite suppurée, ouverte dans l'intestin : ce malade était déjà atteint d'entérite muco-membraneuse.

L'appendicite grippale n'a pas de caractères cliniques particuliers : ses indications thérapeutiques sont celles de l'appendice en général. Il n'est pas possible à l'heure actuelle de se baser sur les symptômes, la forme de l'appendicite pour en fixer le pronostic ; les surprises sont fréquentes dans cette maladie. Cependant il semble bien que la perforation de l'appendice survienne plus souvent lors d'une première crise que dans les récidives, mais une appendicite antérieure n'en constitue pas moins une menace pour l'avenir. Dans quelle mesure ? C'est là malheureusement une question non élucidée. C'est précisément cette incertitude de l'avenir qui a conduit un certain nombre de chirurgiens à conseiller dans les cas où le diagnostic est bien avéré, l'ablation préventive de l'appendice. Quelque bénigne que soit cette opération, elle n'en est pas moins importante, et le moment est venu de se demander s'il faut l'accepter sans plus d'objection que la cure radicale des hernies. Peut-être une enquête sérieuse sur les accidents prodromiques des appendicites graves, sur le caractère, la forme, la durée des premières atteintes, permettrait-elle de préciser les indications de cette intervention et de l'éviter dans les cas où elle n'est pas nécessaire.

M. Moizard. Une première poussée bénigne d'appendicite ne nous fixe en rien sur ce que seront les crises suivantes. Les médications de l'intervention à froid sont donc difficiles à préciser. D'une façon générale, il faut s'abstenir si la crise est unique ; mais il sera prudent d'intervenir après une seconde poussée inflammatoire.

M. Siredey. Il est difficile de préciser les indications opératoires, aucun des cas, ni même des crises successives chez un même malade, n'étant comparables. Nous n'avons aucun moyen pour faire un diagnostic précis, absolu de la lésion ; on conçoit que le pronostic et la thérapeutique restent flottantes.

M. Galliard. On ne peut se renseigner davantage par les statistiques publiées, car on peut en tirer toutes les déductions que l'on voudra. Au contraire, une enquête faite auprès des médecins, qui suivent leurs malades pendant plusieurs années, nous ferait connaître l'évolution de l'appendicite, les résultats opératoires immédiats et éloignés.

M. Rendu. Des crises répétées, même bénignes, indiquent en général des lésions profondes et graves; il faut donc conseiller l'intervention après rechutes.

M. Merklen. De la discussion qui précède il résulte que tout le monde semble disposé à faire opérer après une deuxième crise, mais à rester dans l'expectation après la première atteinte.

**Difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques.** — M. Rendu. — L'hystérie par ses phénomènes abdominaux peut simuler les symptômes de l'appendicite, y compris la tuméfaction cœcale par contracture des muscles de la paroi abdominale. Dans l'observation que rapporte M. Rendu, il s'agit d'une femme de 19 ans, entrée le 7 novembre dans son service de l'hôpital Necker. Elle se plaignait de douleurs intenses dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite, vomissait tous ses aliments, était atteinte d'hypéresthésie générale et semblait en pleine péritonite aiguë. Cependant l'état général était bon, pas de fièvre, pouls régulier ; névropathie manifeste. Il n'en existait pas moins une contradiction manifeste entre les phénomènes locaux et généraux. M. Rendu prescrivit de la glace sur le ventre, du champagne glacé et des injections de morphine. Le lendemain, le tympanisme était moins accentué ; mais on percevait la douleur dans le point de Mac Burney, un empâtement allongé dans la fosse iliaque droite suivant la direction du cœcum. Il existait de plus de la leucorrhée, mais pas de salpingite. Le diagnostic d'appendicite fut porté.

Malgré les sangsues, la glace sur le ventre, cet état critique persista pendant plusieurs jours, si bien que M. Rendu la fit passer, le 15 novembre, dans le service de

Digitized by Google

M. Routier. Le 23 novembre, la malade était dans une situation tellement alarmante que la laparotomie fut décidée. Mais sous le chloroforme on ne sentait plus ni induration, ni empâtement dans le ventre, l'appendicite s'était évanouie. Au contraire, l'utérus, atteint d'endométrite, fut cureté. Les suites de cette opération furent bonnes. Cependant dans la semaine suivante, les douleurs de ventre, les vomissements, la tuméfaction dans la fosse iliaque droite, le point de Mac Burney reparurent, et M. Routier, croyant à une nouvelle poussée d'appendicite, pratiqua, le 10 décembre, la laparotomie latérale et réséqua l'appendice. Celui-ci était un peu gros, congestionné, rétréci en quelques points et renfermait des boulettes fécales. La muqueuse était tuméfiée ; il s'agissait d'une appendicite folliculaire. A partir de ce moment, les troubles abdominaux ne reparurent plus. Mais il est bon de signaler que dans le service de M. Brissaud, cette fille, grosse bretonne joufflue, avait présenté exactement les mêmes phénomènes d'appendicite-fantôme et que ces accidents : algies viscérales péritonisme, vomissements, hypéresthésie localisée, contracture des muscles abdominaux, si fréquents chez les hystériques, avaient été mis sur le compte de la grande névrose. Celle ci mit d'ailleurs sa signature au bas du tableau par une monoplégie du membre inférieur droit survenue depuis la seconde intervention chirurgicale.

Dans une seconde observation, il s'agit d'une femme de 22 ans, névropathe, entrée à l'hôpital le 8 décembre pour des troubles dyspeptiques aigus avec nausées, vomissements et un rein mobile. Le 14, elle éprouve tout à coup une douleur atroce dans le voisinage de l'ombilic et vomit une demi-cuvette d'un sang rutilant; le soir garde-robe normale, fièvre nulle. Le 15, état très alarmant, facies péritonéal, anurie, ventre en bateau, déprimé, très douloureux à la pression. M. Rendu diagnostique une perforation de l estomac et institue le traitement approprié. Le 16, nouvelle hématémèse, voix éteinte, ventre plat, p. 80, t. 37°, état très grave. Il croit de plus en plus à une perforation intestinale et montre cette malade à M. Routier, qui pratique la laparotomie dans l'après-midi. Or, l'estomac et le duodenum étaient sains ; mais l'appendice était congestionné, turgide, recourbé en arrière du cœcum ; après résection, on trouva dans sa cavité deux calculs phosphatiques.

Il s'agissait en réalité d'une simple colique appendiculaire chez une hystérique, ayant simulé la perforation de l'estomac. Aucun de ces accidents ne sont reparus depuis que la malade a été opérée. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 24 mars 1897*

La séance est levée en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. de Saint-Germain, ancien président de la Société.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société obstétricale et gynécologique de Paris

**Traitement de l'anus vulvaire congénital.** — M. P. Petit présente une petite malade de 10 ans qu'il a opérée d'un anus vulvaire congénital : Développement normal des os iliaques et du sacrum, mais absence de coccyx. L'anus s'ouvrait un peu au dessus de la fourchette par un orifice ovalaire, limité en haut et sur les côtés par un hymen en croissant. Il admettait la phalange de l'index, et conduisait à une empoule qui s'incurvait légèrement vers le bas avant de se continuer en haut à plein canal avec le rectum. L'enfant n'arrivait qu'imparfaitement à retenir les matières fécales.

M. Petit pratiqua le procédé de transposition du périnée de Rizzoli. Incision du périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus, séparation par dissection du rectum et du vagin, fixation de l'orifice anal à l'angle postérieur de la plaie, suture de la peau à la muqueuse, fermeture du périnée. Suites opératoires parfaites, incision par première intention. Actuellement la petite malade n'a plus d'incontinence des matières fécales. L'auteur discute les différents procédés qui ont été préconisés pour remédier à cette grave infirmité et défend le procédé de Rizzoli.

M. Coville : **Monstre symélien.** — Le monstre présentait les particularités suivantes : Les membres inférieurs sont réunis dans l'étendue de 10 c. 1/2 par un pont musculo-membraneux. Les membres inférieurs présentent par rapport au corps une direction absolument normale. Il y a absence complète d'anus, dont l'emplacement est occupé par un appendice cutané, présentant à sa base un petit pertuis qui admet l'extrémité du stylet.

Pas d'organes génitaux externes, représentés seulement par un petit tubercule sous pubien de la grosseur d'un petit pois. Les malformations organiques portent sur le gros intestin et les organes génitaux-urinaires. Le côlon transverse, le côlon descendant, le rectum manquent absolument. Le cœcum et le côlon ascendant considérablement distendus par le méconium existent. Il n'y a point de vessie, pas d'ouraque, pas d'uretère, mais les reins sont normaux d'aspect et de dimensions.

Les ovaires et les trompes sont normaux, mais l'utérus est bifurqué; il est représenté par deux cornes dirigées en bas et en dehors, à l'extrémité desquelles viennent prendre insertion les trompes et les ligaments ronds. Il n'y a pas trace de vagin.

M. Maygrier fait observer que, malgré l'absence de vessie, on n'observait aucune anomalie du côté du placenta.

M, Lutaud : **Appendicite et annexite.** — Le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite présente souvent de réelles difficultés. Il est possible de confondre les suppurations d'origine cœcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale. L'auteur rapporte trois cas dans lesquels des suppurations d'origine péri-cœcales ont été confondues avec des pyo salpinx. Ces faits lui paraissent de nature à appeler l'attention des gynécologues. Il y a quelques années le pyosalpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes, aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins. Il est probable que si les trois cas rapportés avaient été observés en 1896, l'auteur aurait évité l'erreur de diagnostic, qui, heureusement pour les malades, n'a eu aucune conséquence grave.

M. Budin fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : Le siège de la tumeur n'est

Digitized by Google

pas le même, celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes qui ne sont pas augmentées de volume.

## ACTUALITÉ

### Légion d'honneur

Après le *Journal des Praticiens*, qui a eu l'honneur d'élever le premier la voix pour la réparation d'un oubli, après la *France médicale*, la *Tribune médicale*, voici le *Bulletin de thérapeutique* qui s'émeut à son tour et qui, par la plume de notre ami A. Robin, publie sur le même sujet un article assez curieux, comme on va voir :

« C'est avec une vive satisfaction que, dans la dernière promotion de la Légion d'honneur, nous avons vu les noms de MM. Empis et Ranvier, promus tous deux aux grades de commandeur et d'officier. M. Empis est un de nos médecins les plus distingués, et le savant histologiste du Collège de France a rendu à la science assez de services pour que l'on soit heureux de voir rendre enfin à son mérite une justice officielle.

« Mais, en lisant la liste des promus et en y trouvant le nom de M. Ranvier, je me souvenais qu'il n'est pas le seul histologiste de France ; il y a à Lyon un professeur remarquable qui a, lui aussi, rendu à la science les plus signalés services : c'est du professeur Renaut que je veux parler. Or, M. Renaut n'est même pas chevalier de la Légion d'honneur ; pourquoi cet oubli ?.....

« Faut-il ajouter foi à la légende d'une campagne de sottes intrigues et de basses jalousies qui, parties d'un milieu concurrent, auraient eu assez d'influence en haut lieu pour arrêter la nomination de l'éminent professeur de Lyon ?

« J'avoue qu'une pareille hypothèse me répugne, car les pouvoirs publics ont justement pour rôle de supprimer l'influence des intrigues personnelles. J'aime mieux croire à un fâcheux oubli ; mais, quelle que puisse être la cause réelle qui ait retardé la juste récompense de travaux remarquables qui illustrent la France aussi bien que l'auteur lui-même, je veux croire qu'avant peu le ministre de l'instruction publique saura réparer la criante injustice dont M. Renaut est aujourd'hui victime, et qu'en cas de besoin M. Rambaud saurait faire taire les petites intrigailles dont on parle, leurs auteurs n'ayant d'ailleurs aucun intérêt à ce que leurs agissements soient mis au jour. » — A. Robin.

***

« Sottes intrigues, basses jalousies parties d'un milieu concurrent, intrigailles !... » On croyait que cela n'existait qu'à Paris. Décidément, Lyon est dans le mouvement, et il paraît même qu'il se met quelque peu à la tête de ce mouvement....

Je n'en dis pas davantage pour aujourd'hui ; je n'ajoute qu'un seul mot pour montrer à nos lecteurs combien l'article courageux de M. A. Robin justifie et confirme tout ce que nous avons écrit à ce sujet : la presse médicale s'honore en plaidant ainsi la cause de la justice, et elle honore en même temps le Ministre auquel elle s'adresse très respectueusement. Elle lui montre qu'elle a confiance, que tous nous avons confiance dans son haut esprit d'équité pour la réparation d'un oubli, d'une injustice dont il n'est certes pas responsable, puisqu'il a pu ignorer les services immenses rendus à la science et à notre pays par le professeur Renaut. Dès qu'il les connaîtra, nous sommes assurés qu'il n'hésitera pas un seul instant et qu'il donnera satisfaction à l'opinion publique, absolument unanime. Au surplus, voici une lettre que je reçois de notre vénéré collaborateur et maître M. le professeur Duclos (de Tours). Je m'empresse de publier cet éloquent plaidoyer d'un homme de cœur. — Huchard.

***

« Tours, 24 mars 1897.

« Vous savez la profonde estime et la non moins profonde amitié que m'inspire le professeur Renaut. J'ai été son premier maître, et je le dis avec un légitime orgueil. Lui-même, dans la situation élevée qu'il doit à son intelligence, à son travail, à son immense et profond savoir, à son honorabilité, veut bien s'en souvenir et le répéter. Je lui en suis vivement reconnaissant. A tous égards, et comme homme, et comme médecin, et comme savant, et comme professeur, Renaut est digne de recevoir, et des premiers, l'éclatant témoignage public de distinction que notre chère France confère aux hommes dont elle peut être fière : la croix de la Légion d'honneur.

« Tous ceux qui aiment le travail, l'honnêteté personnelle et professionnelle s'étonnent et avec raison, et j'ajouterai s'*affligent*, que cet acte de justice ne soit pas encore accompli. Je ne sais pas où est l'empêchement et j'aime mieux l'ignorer. Mais nous qui connaissons cette belle et vaillante nature, ce cœur généreux toujours associé à une vive intelligence, nous pouvons hardiment et avec orgueil nous porter garants de ses mérites. Quoi qu'on tente de dire ou de faire, Renault est indiscutable. Il a maintenu sous une seule défaillance l'unité et la hauteur de sa vie intellectuelle et morale.

« Voilà ce que vous donnera l'autorité nécessaire pour appeler sur l'attention bienveillante et la justice des pouvoirs publics. On s'honore en rendant hommage à de pareils hommes. Soyez certain que le jour où des voix aussi respectées et écoutées que la vôtre appelleront sur Renaut l'attention des chefs supérieurs de l'instruction publique, elles seront accueillies. Un acte de justice réparera un long oubli.

« Adieu, mon cher maître et ami, et plus que jamais à vous de tout cœur. — Professeur Duclos (de Tours). »

## BIBLIOGRAPHIE

**Lacordaire, journaliste** (1830-1848), par P. Fesch (1).

Nous sommes journalistes ; donc, Lacordaire, comme journaliste, nous appartient..... et nous intéresse. C'est pourquoi nous félicitons et remercions M. P. Fesch de nous avoir fait connaître l'illustre prédicateur sous un jour nouveau. Déjà, à cette époque lointaine (1830-1848), et quoique le mot ne fût pas encore inventé, Lacordaire était un « opportuniste » d'un genre particulier, comme en témoigne cette déclaration : « Il ne faut se donner à aucun parti, parce que les partis, sans exception, n'offrent aux misères de l'humanité européenne que des remèdes incomplets et inefficaces... » On peut certainement ne pas partager toutes les opinions de Lacordaire, et ce n'est point comme homme politique ni religieux que nous le présentons à nos lecteurs ; mais il y a dans ces pages, dues au journaliste, des pensées d'une grande élévation et d'un beau langage, qui intéresseront sans doute quelques lecteurs. — H. H.

(1) Un vol. de 413 pages. Paris, 1897. Delhomme et Briguet, éditeurs.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, R^E SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Thérapeutique dermatologique

*Hôpital Broca-Pascal.* — M. le Dr L. Brocq.

**Quelques considérations sur le lichen ruber planus**

Le malade que vous avez devant vous est un homme de quarante ans environ, bien constitué, vigoureux, qui depuis quelques mois voit survenir en divers points du corps une éruption à laquelle il n'a tout d'abord prêté aucune attention, mais elle a fini par prendre un tel développement qu'il s'est décidé à venir nous demander de lui donner des soins. Elle est essentiellement caractérisée par de petits éléments d'un rouge assez pâle, dont les dimensions varient de celles d'une très petite à celles d'une grosse tête d'épingle; leurs limites sont assez nettes; leurs contours presque toujours polygonaux, quelques-uns paraissent être arrondis ou ovalaires. Leur surface est plane; la plupart présentent même une sorte de facette brillante : beaucoup offrent à leur centre une petite dépression comme creusée par la pointe d'une aiguille et simulant un ombilic. Elles font une légère saillie au-dessus du niveau des téguments et donnent au doigt qui glisse à la surface de la peau une sensation assez notable d'infiltration du derme. Elles sont ou bien disséminées çà et là sans ordre aucun, ou bien groupées de manière à former des plaques d'un rouge un peu bistre au niveau desquelles elles perdent leurs principaux caractères. Voyez par exemple au niveau du coude gauche cette plaque à contours irréguliers : les téguments y sont d'un rouge un peu brunâtre et violacé, infiltrés, sillonnés de plis qui se quadrillent comme dans les lichénifications : à leur surface se voient de fines squamules adhérentes et on ne retrouve la physionomie des papules initiales que vers la périphérie. Vers la partie moyenne de l'avant-bras gauche cette autre plaque n'est au contraire constituée que par de très petites papules à peine cohérentes, et qui conservent encore à son niveau leur aspect caractéristique. A la face antérieure du poignet elles sont plus volumineuses, plus saillantes, et à leur surface se voient de petits tractus blanchâtres.

Vous avez sans doute fait déjà le diagnostic, car les éléments éruptifs que nous venons d'étudier sont beaucoup trop typiques pour prêter le moindrement à l'ambiguïté. Il s'agit d'un lichen ruber planus. Aucune autre affection ne peut la simuler quand les lésions élémentaires revêtent une forme aussi caractéristique. Je vous ferai même remarquer en passant combien la papule du lichen ruber planus diffère de l'élément de la lichénification : en quelques points des avant-bras, il existe, en effet, chez ce malade quelques vestiges de lichénification : il y en a fort peu, car l'affection n'est presque pas prurigineuse, particularité sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Eh! bien, il vous est facile de constater sur ce sujet ce qui appartient au processus de la lichénification et ce qui appartient au lichen ruber planus. Les éléments de début de la lichénification sont constitués par des facettes brillantes, aplaties, nullement saillantes, au niveau desquelles la peau s'épaissit et s'infiltre peu à peu, mais qui ne constituent pas comme les éléments du lichen ruber planus une véritable petite néoplasie de la partie superficielle du derme, qui ne sont pas ombiliquées comme eux, et qui n'offrent jamais à leur surface de tractus blanchâtres.

Notre malade est donc atteint de lichen ruber planus; mais il présente plusieurs particularités des plus intéressantes et sur lesquelles je vais attirer toute votre attention.

D'abord au point de vue éruptif, je dois vous signaler sur le flanc gauche, sur le prépuce, des éléments circinés, arrondis ou ovalaires, dont le grand axe varie de cinq à sept millimètres, dont le petit axe a de quatre à six millimètres environ. Leurs bords sont nettement arrêtés, un peu saillants, constitués par une série linéaire de petites papules aplaties, plus ou moins régulièrement rectangulaires, accolées les unes aux autres, et dont le centre, un peu affaissé, est coloré en brun plus ou moins foncé : ce sont des éléments de lichen ruber plan circiné que l'on observe surtout d'ordinaire aux parties génitales.

A la face palmaire des deux mains, vers les éminences thénar, vous voyez un épaississement assez marqué de l'épiderme au-dessous duquel le derme semble être un peu rouge et par endroits la surface malade y est criblée de petites dépressions semblables à celles que ferait une pointe d'aiguille dans de la cire molle : sur quelques points il vous est facile de constater que cette dépression est située au centre d'un élément aplati, pâle, qui n'est autre qu'une papule de lichen modifiée par l'hyperkératinisation de l'épiderme.

La muqueuse buccale est prise : vers les grosses molaires inférieures se voient à la face interne des joues, surtout à droite, les tractus blanchâtres avec renflements irréguliers que nous regardons comme assez caractéristiques du lichen ruber planus de la bouche. J'ai montré que les tractus blanchâtres que l'on observe sur les plaques cutanées sont analogues à ces tractus des muqueuses, et mon excellent ami le Dr Wickham en a tout récemment fait une étude magistrale qui a définitivement fixé l'importance de ce symptôme. Sur la partie latérale droite de la langue se trouvent de fines taches blanches leucoplasiques d'aspect, et de minuscules tractus d'un blanc mat. Sur la partie latérale gauche de cet organe existe une lésion des plus remarquables : elle est constituée par une fine ligne blanchâtre portant en certains points de son étendue de petits renflements et figurant dans son ensemble un ovale parfaitement régulier d'environ 7 à 8 millimètres de long sur 3 ou 4 millimètres de large; son grand axe est dirigé dans le sens antéro-postérieur et est nettement parallèle à la ligne médiane de la langue. C'est donc un élément typique de lichen ruber plan circiné qui s'est développé sur cet organe et jamais jusqu'ici je n'en avais observé d'exemple. Je crois même que les

Digitized by Google

auteurs n'ont pas encore mentionné cette localisation de la forme circinée du lichen ruber planus.

J'ai maintenant à vous signaler d'autres lésions éruptives qui bien qu'elles aient été déjà décrites (surtout à l'étranger) n'en sont pas moins des plus intéressantes surtout au point de vue théorique. Si vous regardez par exemple la face antérieure du poignet droit vous y voyez une assez large plaque d'un rouge un peu brunâtre et livide, irrégulière de contours, d'environ 3 centimètres de diamètre, squameuse à sa surface, et qui présente çà et là de petits points noirâtres correspondant aux orifices des follicules pileux. Le même aspect existe sur cette longue bande de 7 ou 8 millimètres de large développée à la suite d'une brûlure et qui traverse obliquement la partie antéro-inférieure de l'avant-bras. Au premier abord, ces plaques rappellent invinciblement à l'esprit l'affection si discutée encore de nos jours que l'on désigne en France sous le nom de pityriasis rubra pilaris. Or, si l'on recherche les autres éruptions qui pourraient permettre de soutenir un pareil diagnostic, on ne tarde pas à remarquer qu'il existe en divers points du corps et en particulier sur les parties latérales du tronc, un peu sur les avant-bras, sur les cuisses, de petits éléments papuleux, d'un rouge pâle, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui au lieu d'avoir une surface plane et lisse, sont acuminés et surmontés à leur centre d'une petite squamule sèche : parfois ils y présentent un petit point noirâtre. En outre, à la face dorsale des deuxièmes phalanges de presque tous les doigts mais surtout de l'annulaire, on voit au niveau des follicules pileux des petits points noirs absolument analogues d'aspect aux cônes circumpilaires qu'on y observe chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaris.

Est-ce à dire cependant que nous avons affaire ici à un pityriasis rubra pilaris? Evidemment non. Les lésions principales sont tellement caractéristiques du lichen ruber planus que le doute n'est pas possible un seul instant. On ne peut même soulever l'hypothèse d'un pityriasis rubra pilaris venant compliquer l'éruption principale de lichen ruber planus, car en somme, en additionnant les éléments éruptifs anormaux que nous venons de vous faire remarquer, on ne peut arriver à la conviction qu'il existe chez ce malade un pityriasis rubra pilaris même avorté.

Mais l'existence de ces lésions quelque peu insolites en France chez les sujets atteints du lichen ruber planus, lésions qui sont au contraire très fréquentes chez eux dans certains pays, en particulier en Allemagne et en Norvège. Cette existence, dis-je, est des plus importantes au point de vue théorique, car elle nous indique pourquoi les auteurs étrangers ont été amenés à regarder le pityriasis rubra pilaris comme une affection voisine du lichen ruber planus, et pourquoi ils ont pu lui donner le nom de lichen ruber acuminatus. Il y a des cas dans lesquels les éléments acuminés sont très nombreux, intimement mélangés aux papules planes, et ces cas donnent aux observateurs la conviction qu'ils constituent des faits de passage, des traits d'union entre la forme plane pure et la forme acuminée pure, laquelle ne serait autre que le pityriasis rubra pilaris de Devergie-Besnier-Richaud.

Il y a cependant de sérieuses réserves à formuler sur ce point. D'après les travaux d'Unna, travaux confirmés en grande partie par les dernières publications de Neisser et de ses élèves, il y aurait un lichen ruber acuminatus vrai, ayant d'étroites affinités avec le lichen ruber planus vrai et totalement différent du pityriasis rubra pilaris qui serait une affection tout à fait à part et sans le moindre rapport avec le lichen ruber. Cette opinion nous paraît fort soutenable et nous sommes tentés de l'adopter définitivement. Mais il ne faut pas oublier que tous les dermatologistes étrangers ne l'acceptent pas, et que pour Kaposi et pour ses élèves pityriasis rubra pilaris et lichen ruber acuminatus constituent une seule et même affection.

Je vous ai fait remarquer tout à l'heure que ce malade n'avait que peu ou point de démangeaisons. Il ne présente guère de lésions de grattage qu'aux avant-bras et encore n'y trouve-t-on que des traces assez peu accentuées de lichénification. Il a été fort étonné lorsqu'il s'est aperçu de son éruption d'en trouver des éléments disséminés sur le corps ; ils n'avaient attiré son attention par aucun phénomène subjectif.

Cette particularité est assez remarquable parce que presque tous les lichens ruber planus s'accompagnent de sensations de prurit plus ou moins violentes surtout lorsque l'éruption est assez abondante et généralisée comme dans le cas actuel. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a des lichens ruber planus qui ne sont pas prurigineux, et j'en ai déjà analysé dans une de mes conférences cliniques de La Rochefoucauld un exemple des plus nets. Je ne puis donc croire que l'éruption du lichen ruber planus ne soit qu'un résultat du grattage, qu'un mode spécial de réaction de la peau sous l'influence du traumatisme chez des sujets spécialement prédisposés. Je me suis déjà plusieurs fois expliqué sur ce point, et j'y reviens aujourd'hui une fois de plus, car on n'est pas encore fixé sur la nature réelle de cette dermatose.

A mon sens il y a dans la plupart des cas deux éléments distincts à considérer : 1° la nervosité du sujet ; 2° l'affection elle-même qui d'ailleurs semble se développer avec une intensité toute particulière chez un individu impressionnable. Or, cette affection reconnaîtrait d'après quelques auteurs pour cause première un microbe dont on n'a pas pu jusqu'ici démontrer l'existence. Pour d'autres au contraire elle serait directement sous la dépendance d'excitations diverses du système nerveux. Ce ne sont là que des hypothèses ; et nous n'allons pas les discuter longuement, n'ayant aucune considération bien nouvelle à vous présenter. Je me permettrai cependant de vous dire que j'ai observé deux faits dans lesquels il semble que le lichen ruber planus ait été transmis d'un sujet malade au sujet sain. Dans le premier, il s'agit d'une femme jusque là

Digitized by Google

indemne de toute affection de la peau, qui a vu se développer chez elle quelques éléments de lichen ruber planus trois mois après le début de cette affection chez son mari. Dans le second, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, mère d'une jeune fille de 15 ans, laquelle après avoir présenté pendant assez longtemps une plaque première circinée de lichen ruber planus de l'épaule vit survenir une éruption généralisée d'une intensité inouïe. Sa mère lui faisait tous ses pansements et elle avait été jusqu'alors indemne de toute éruption ; or deux mois et demi environ après le début du traitement de sa fille, elle vit survenir sur la face antérieure du poignet gauche deux plaques absolument typiques de lichen ruber planus. J'en constatai la nature, et les fis traiter immédiatement par des applications d'emplâtre de Vigo qui en amenèrent assez rapidement la disparition.

Certes ces deux faits ne sont pas suffisants pour que je puisse me permettre de déclarer que je considère le lichen ruber planus comme une affection inoculable et transmissible de l'homme malade à l'homme sain ; il est possible qu'il n'y ait eu là que des coïncidences. Toutefois il nous semble que ces documents ne sont pas négligeables : je les conserve avec soin et me réserve de les publier ultérieurement avec tous les détails nécessaires si je puis en observer de nouveaux ou si d'autres dermatologistes en font connaître d'analogues. Ils me paraissent déjà établir, je ne le cache pas, quelques présomptions en faveur de la nature microbienne possible de cette curieuse maladie, et je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que les topiques les plus efficaces contre elle sont des parasiticides de premier ordre, comme l'acide phénique associé aux acides salicylique et tartrique, et surtout les diverses préparations de mercure, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, etc.

Certes, je sais bien qu'avec des douches tièdes administrées de manière à calmer le système nerveux surexcité, on a pu parvenir à améliorer considérablement et même à faire disparaître en grande partie certaines éruptions de lichen ruber planus, et que ces résultats thérapeutiques semblent confirmer la théorie de l'origine nerveuse de cette affection. Nous n'avons nullement l'intention de nier le rôle considérable que joue le système nerveux dans son développement: il est certain qu'elle évolue avec une prédilection marquée chez les névropathes, que le prurit et sa conséquence immédiate, le grattage, étendent singulièrement l'éruption tout en la compliquant avec rapidité de lichénifications qui se marient avec elle et la font paraître encore plus confluente qu'elle ne l'est en réalité. Mais nous ne voyons pas dans ces faits incontestables d'observation une preuve démonstrative de la non-existence d'un agent contagieux et inoculable venu du dehors, agissant soit par lui-même, soit par ses toxines, qui évoluerait avec une prédilection marquée sur un terrain névropathique, dont la virulence s'exalterait sous l'influence de modifications subies par le système nerveux, dont la virulence s'atténuerait au contraire lorsque ce système nerveux par une médication appropriée reprendrait son équilibre. Hypothèses, dira-t-on : malheureusement oui, mais tout aussi acceptables que la théorie nerveuse pure, et que les faits dont j'ai déjà parlé plus haut me donnent le droit de formuler, sans y attacher d'ailleurs une importance capitale, et en prenant bien soin de vous dire que ce ne sont que des hypothèses.

En résumé, le malade que nous venons d'étudier ensemble est un superbe cas de lichen ruber planus sur lequel on peut analyser plusieurs des formes objectives de cette affection. Il présente une véritable rareté pathologique, le lichen ruber planus circiné de la langue. Grâce aux assez nombreuses papules acuminées qui existent sur diverses régions du corps, il permet de comprendre les discussions qui ont eu lieu sur le lichen ruber acuminatus et le pityriasis rubra pilaris. Le peu d'intensité des démangeaisons dont l'éruption s'accompagne chez lui malgré son étendue relative ne permet guère de considérer la lésion cutanée comme étant la conséquence du prurit qui serait prééruptif : Les faits cliniques auxquels nous avons fait allusion et que nous avons observés dans notre pratique nous font désormais un devoir de rechercher si par hasard le lichen ruber planus ne serait pas transmissible du sujet malade au sujet sain ; et si ces craintes, (qui ne sont encore, nous nous empressons de le dire, qu'à l'état de simple hypothèse,) se réalisaient, la pathogénie si obscure de cette affection en serait singulièrement éclairée.

## Causerie clinique & thérapeutique

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard

I. — **Appendicite et état nerveux** (*hystérie, neurasthénie*). — A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, MM. Rendu et Brissaud ont parlé des rapports existant entre l'appendicite et l'hystérie ; celle-ci pouvant, par l'intensité des réflexes partis d'une petite lésion appendiculaire, rendre le diagnostic et le pronostic des plus embarrassants, ou pouvant encore créer de toutes pièces une *pseudo*-péritonite localisée, une *pseudo*-appendicite, ou « *appendicite fantôme* », selon l'expression de Brissaud empruntée aux « tumeurs fantômes » des Anglais, que mon élève Deniau a bien étudiées naguère, en 1882, dans sa thèse sur l'hystérie gastrique. Dans le cours de sa communication, M. Rendu se demande si les douleurs appendiculaires de sa malade n'étaient pas une variété de ces « algies viscérales d'origine centrale » si communes chez les hystériques (il aurait pu ajouter : chez les neurasthéniques).

En un mot, sous l'influence d'une lésion insignifiante de la région cæco-appendiculaire, on peut voir se manifester chez certains hystériques des accidents qui n'ont de gravité que l'apparence, et qui sont même capables de

Digitized by Google

simuler une tumeur de la fosse iliaque droite par la contraction réflexe des muscles abdominaux.

Lorsque j'appris que mon ami Rendu devait prendre la parole sur ce sujet, je lui avais rappelé ma communication sur les « algies centrales des neurasthéniques » (*Soc. méd. des hôp.*, 1893) et mon travail sur les « neurasthénies locales » (*Arch. de méd.*, 1892). Je crois donc utile de rappeler ce j'écrivais, il y a cinq ans, à ce sujet :

« Parfois, par son siège, la topoalgie neurasthénique peut simuler une affection d'organe. Ainsi, dans un cas, elle a persisté pendant plusieurs années au creux épigastrique, ce qui avait fait croire pendant longtemps à une dyspepsie gastralgique ; dans un autre, elle s'était fixée à la région du cæcum, *ce qui avait simulé une typhlite ou une périty phlite*. Un fait intéressant est relatif à une jeune fille de dix-huit ans, non hystérique (mais neurasthénique) que j'ai suivie pendant plus de cinq ans, et qui souffrait d'une douleur telle dans la région sous-ombilicale qu'elle n'avait pas voulu marcher, ni se tenir debout depuis près de six ans. A son sujet, bien des diagnostics ont été émis par les nombreux médecins appelés à la voir successivement; on a été jusqu'à croire à une péritonite localisée, et il ne s'agissait que d'une variété d'algie neurasthénique. »

J'ajoute que, par la suite, la douleur s'étant un peu déplacée à droite vers la fosse iliaque, on crut à une appendicite avec périty phlite consécutive et qu'on fut sur le point de recourir à une intervention chirurgicale. Dix ans se sont écoulés, et la *pseudo*-appendicite n'a heureusement pas été opérée; mais la douleur se localise d'une façon désespérante, tantôt dans un point tantôt dans un autre.

Pourquoi cette persistance dans la durée et dans la localisation, alors que la douleur n'affecte ni le trajet d'un nerf, ni le siège précis d'un organe (d'où le nom de *topoalgie* qui veut dire, pour Blocq, douleur dans un endroit quelconque)? C'est parce que, si l'hypochondrie et parfois l'hystérie sont des maladies à *idées fixes*, la neurasthénie est caractérisée par des *sensations fixes* d'origine centrale, d'où le nom que je leur ai donné, d'*algies centrales des neurasthéniques*. Et je terminais mon travail par ces mots:

« La connaissance des neurasthénies locales a une grande importance pratique, même au point de vue chirurgical. Il y a de grandes « névralgies pelviennes » qui appartiennent à la classe des topoalgies et contre lesquelles la thérapeutique locale est naturellement sans action. C'est là un sujet d'actualité sur lequel il sera utile de revenir. »

On le voit, on y est revenu ; et j'en suis heureux, moins pour moi qui regarde comme bien secondaire une question de priorité scientifique, que pour les malades..... qu'on opérera peut-être un peu moins; non pas que je veuille être rangé dans le camp des abstentionnistes (et ma communication, en 1894, à la *Soc. méd. des hôpitaux*, sur « le traitement des typhlites et appendicites » prouve le contraire), mais il est certain que l'indication n'est pas toujours dans l'intervention chirurgicale. De son côté, M. Talamon a rappelé, à la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux*, qu'il y a dix ans, il a insisté sur ces faits de pseudo-appendicites hystériques.

Voilà donc une contre-indication à l'intervention opératoire. Du reste, les chirurgiens eux-mêmes protestent contre l'opinion de ceux qui pensent et proclament que l'opération est toujours l'*ultima ratio* de l'appendicite, et M. Just Lucas-Championnière a heureusement mis les choses au point à la dernière séance de l'Académie. Rappelons encore le passage suivant de la remarquable communication de M. Le Dentu (*Acad. de médecine*, 24 mars 1896) :

« Non, toutes les appendicites ne doivent pas être opérées, et parmi les autres toutes ne doivent pas être opérées immédiatement. Prêcher l'intervention quand même, ce serait un peu comme si l'on disait que la trachéotomie est indiquée chez tout malade atteint d'angine diphtérique, parce que le croup est là menaçant, ou que le premier acte du traitement de toute occlusion intestinale doit être la laparotomie. »

On ne saurait, ni mieux dire, ni mieux préciser.

Nous disons donc aux chirurgiens : Quand vous voyez une appendicite réelle avec des troubles fonctionnels intenses, peu en rapport avec la lésion présumée, ne vous hâtez pas toujours de recourir au bistouri, et pensez à l'hystérie qui non seulement simule les maladies, mais qui grossit et aggrave en apparence la symptomatologie. Cependant, il y a lieu de se demander si, comme dans l'observation de Rendu, l'ablation d'un appendice simplement « congestionné » sans ulcération ni péritonite concomitante, n'est pas indiquée pour faire taire le syndrome du péritonisme hystérique. D'autres fois, après l'opération, on peut se trouver en présence d'un appendice tout à fait sain, et on a eu certainement tort d'y porter le bistouri. Cependant, comme la chirurgie ne perd jamais ses droits, elle peut nous répondre que l'action opératoire a pu contribuer, pour sa grande part, à faire disparaître le syndrome pseudo-appendiculaire... Je répète alors ce que je disais en 1892 :

« C'est là un sujet d'actualité sur lequel il sera utile de revenir. »

II. — **Appendicite et lithiase intestinale.** — A l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, lorsque M. Dieulafoy vint, avec *des* statistiques considérables empruntées à différents auteurs (je n'ai pas dit *une* statistique), nous démontrer une fois de plus, contrairement à l'opinion de M. Reclus, la rareté de l'appendicite à la suite de la lithiase intestinale, j'avais bien envie de lui répondre très courtoisement, que son argumentation péchait par la base. Mais il est dangereux — j'en conviens — de parler après lui, tant sont redoutables, et son talent oratoire et sa grande assurance de parole.

Digitized by Google

Aussi, il me permettra de consigner ici les objections qu'il eût été nécessaire de lui poser(1).

Certes, les observations recueillies par lui de part et d'autre sont très nombreuses, puisqu'elles atteignent le chiffre de 7 à 800, et elles sont des plus respectables puisqu'elles contiennent celles d'un clinicien presque impeccable comme M. Potain. Mais, au lieu de demander à l'un des distingués médecins d'une station hydro-minérale qui a vu en vingt ans plus de 460 malades atteints d'entérocolite muco-membraneuse et des centaines de cas depuis quelques années, combien il a observé de cas d'appendicites sur ce nombre, il aurait dû lui adresser cette question : Avez-vous *cherché* la lithiase intestinale ? Car on trouve en médecine ce que l'on cherche. Il n'y a pas vingt ans qu'on parle de l'appendicite, et s'il y a plus de vingt ans que M. Laboulbène a publié son travail si intéressant sur le « sable intestinal », il faut bien avouer que ses recherches avaient été à tort quelque peu oubliées et qu'on en reparle seulement depuis quelques mois, depuis un ou deux ans à peine ; de sorte que les statistiques sur ce sujet n'ont de valeur qu'à partir du jour encore trop rapproché où cette affection nouvelle a été heureusement exhumée d'un oubli immérité. C'est en raison de cet oubli que M. Potain, cet observateur si patient et si sagace, n'a probablement pas parlé de la « lithiase intestinale » dans sa leçon sur la colite chronique ; et c'est pour cela encore que moi-même, après avoir rendu compte du premier travail sur le « sable intestinal » dans la *Revue des Sciences médicales* en 1874, j'ai omis de m'enquérir de cette affection auprès de mes malades.

Du reste, tout n'a pas encore été dit sur cette lithiase que M. Laboulbène ne rattachait pas alors à la diathèse arthritique ou goutteuse, mais qu'il attribuait à des causes accidentelles, à une alimentation trop exclusivement végétale et à l'ingestion de particules siliceuses. C'est pourquoi il conseillait l'usage de purgatifs modérés et d'une alimentation azotée prédominante.

L'argumentation de M. Dieulafoy est, comme toujours, très séduisante ; mais il nous permettra de demander à des statistiques ultérieures la confirmation d'une opinion un peu prématurée.

**III. L'asthénie du tissu conjonctif.** — Je vous ai montré un malade de la salle Chauffard (n° 10) certainement intéressant, quoiqu'il ne le paraisse pas tout d'abord.

C'est un homme de 59 ans, porteur d'une déformation thoracique d'origine rachitique et dans les antécédents duquel nous notons seulement une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans, des excès de tabac et d'alcool dans ces derniers temps. Vous me l'avez présenté comme étant atteint de quatre affections : emphysème pulmonaire avec bronchites répétées, dilatation de l'estomac, varices très marquées aux membres inférieurs, double hernie inguinale. Et je vous ai répondu : il n'a qu'une seule maladie, *l'asthénie du tissu conjonctif* qui produit et relie entre elles les quatre manifestations morbides dont vous m'avez parlé. On voit ainsi des malades chez lesquels on constate la présence simultanée de varices aux membres inférieurs, d'hémorrhoïdes, d'un varicocèle, de l'emphysème, de la dilatation de l'estomac, et même des viscéroptoses. On veut toujours chercher des causes mécaniques et on ne les trouve pas, ce qui avait déjà fait dire à Grisolle : « Certaines cavités du corps se dilatent sans obstacle antérieur et d'une manière spontanée. »

En effet, voyez les femmes enceintes atteintes d'hémorrhoïdes et de grosses dilatations variqueuses des membres sur la fin de leur grossesse. Tout cela est mécanique, et disparaît après l'accouchement, comme après l'ablation d'une grosse tumeur abdominale ; tout disparaît... à moins que la malade se trouve dans les conditions spéciales dont nous allons parler.

Voyez les hernies. Est-ce qu'elles sont toujours produites par un effort ? Nullement, et à côté des « hernies de force », vous avez les « hernies de faiblesse » qui apparaissent un beau jour sans cause appréciable. Cela est si vrai qu'autrefois Morgagni les avait attribuées à un « allongement du mésentère » et que Malgaigne, je le crois du moins, avait invoqué une « faiblesse congénitale des parois abdominales ».

Et l'emphysème pulmonaire ? Vous trouvez rarement des causes mécaniques ou des efforts pour en expliquer la production. Il y a un emphysème constitutionnel qui survient spontanément pour ainsi dire, et cela principalement chez les arthritiques.

Tout cela, comme vous le voyez, est fort intéressant, et a été bien étudié dès 1884, sous l'inspiration de mon regretté collègue Legroux, dans la thèse fort remarquable et très documentée de L. Heulz. Les deux premières phrases de son introduction sont à retenir :

« Qui n'a été frappé du relâchement et de la mollesse que présentent les tissus chez certains individus ? Non seulement leur aspect extérieur dénote des tendances à une dilatation générale se traduisant par de la flaccidité des joues et des paupières, des seins, du ventre, du scrotum et de la peau en général, mais encore il n'est pas rare de constater chez eux la présence simultanée des hernies, des varices, d'hémorrhoïdes, de varicocèle, d'emphysème pulmonaire, de dilatation cardiaque, et parfois de dilatation de l'estomac. La simultanéité de ces différentes affections chez un même individu ne trouve pas une raison suffisante dans des causes purement physiques et mécaniques. Il est, au contraire, bien plus logique de supposer qu'il existe une cause première générale prédisposant les sujets à se dilater de la sorte. »

Cette cause première est dans *l'asthénie du tissu conjonctif*, et il le prouve avec 180 observations.

(1) Quelques-unes de ces objections viennent d'être précisément formulées par M. Reclus, à la dernière séance de l'Académie de médecine, alors que cette causerie était écrite et imprimée. Elles n'en ont que plus de valeur. — H. H.

Digitized by Google

D'un autre côté, cette asthénie particulière sur laquelle mon attention est attirée depuis plus de dix ans, est *congénitale* ou *acquise*. Dans ce dernier cas, je l'ai vue souvent survenir à la suite des maladies infectieuses et surtout de la grippe, et c'est ainsi que des hernies, des varices, des dilatations stomacales ou même cardiaques, des viscéroptoses et certaines neurasthénies (celles-ci souvent d'essence arthritique, ne l'oublions pas) n'ont pas d'autre origine (1). L'asthénie du tissu conjonctif est plus souvent congénitale, elle procède presque toujours de la diathèse arthritique caractérisée, comme Henry Cazalis l'a si bien démontré dans deux mémoires successifs, en 1891 et en 1895, par une sorte de « prédisposition du tissu conjonctif « à une faiblesse ou à une irritabilité spéciales, prédisposition qui fait de lui un lieu de moindre résistance, ce qui explique en cette diathèse *la fréquence toute particulière des inflammations, des proliférations ou des relâchements de ce tissu* ».

De son côté, Hanot, en 1893, caractérisait l'arthritisme par « une viciation ordinairement congénitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés ».

Ce n'est pas là une simple théorie, ou du moins cette théorie possède sa sanction thérapeutique.

Vous voyez apparaître chez un jeune homme ou chez un adulte, sans cause appréciable, un varicocèle, des hémorrhoïdes, une hernie, les symptômes précoces d'un emphysème pulmonaire, etc. N'attendez pas que la chaîne pathologique se développe tout entière, et faites de bonne heure de la médication hygiénique, cherchez à soutenir et à fortifier ce tissu conjonctif, par une gymnastique bien entendue, par l'hydrothérapie, par le massage.

Puisque le tissu conjonctif est le *locus minoris resistentiæ* pour tous les arthritiques, évitez à ceux-ci toutes les causes qui peuvent l'irriter, introduisez dans l'économie le minimum des poisons organiques, facilitez toujours leur élimination, et comme le dit encore Cazalis : « Veillez à la quantité et à la qualité des aliments, stimulez les actes nutritifs, agissez toujours sur les émonctoires dont le fonctionnement est chez eux si souvent imparfait. » C'est ce que j'ai toujours pensé pour ma part, et le régime alimentaire doit être regardé comme la base du traitement préventif ou curatif de l'artério-sclérose, ou même de ces « scléroses polyviscérales » interstitielles que quelques auteurs, et Bard (de Lyon) ont décrites dans ces derniers temps, sans l'intervention d'une lésion artérielle préexistante.

Et qui sait ? Nous avons peut-être trouvé ainsi la formule depuis si longtemps attendue de cette maladie insaisissable qu'on appelle la neurasthénie, et de laquelle, dès 1883, j'ai dit expressément : « Dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique. » (2)

(1) M. Glénard a parlé des entéroptoses *secondaires* à des maladies diverses.

(2) *Traité des névroses*, Paris, 1883, page 902.

**IV. Fréquence de l'épanchement pleural droit, surtout dans les cardiopathies artérielles.** — Il n'y a pas de petit fait en clinique, pas plus qu'en thérapeutique, et celui-ci sur lequel j'appelle depuis si longtemps votre attention, que j'ai signalé à maintes reprises dans mon « Traité des maladies du cœur » en 1889 et en 1893, mérite de nous arrêter un instant.

L'an dernier, j'avais réuni dans mes salles un grand nombre de cardiopathies artérielles, et nous avons cherché ensemble l'*épanchement pleural droit* chez treize malades. Nous l'avons trouvé neuf fois. Je ne vous dis pas que c'est là une proportion exacte, mais je vous affirme que cette complication est très fréquente, et qu'il faut toujours la chercher. Il faut la chercher, parce qu'elle est latente, et surtout parce qu'elle affecte une forme particulière.

Tout d'abord, comment expliquer la production, la fréquence et le siège de cet épanchement ?

Je vous avoue franchement qu'il y a là, encore pour moi, quelques inconnues. Sans doute, le fait est simple à comprendre lorsque l'on peut invoquer l'existence d'un infarctus sous-pleural par embolie pulmonaire que vous savez plus fréquente à droite, ou encore l'influence d'un foie congestionné et d'une périhépatite voisine de la plèvre. Mais, quand ces causes ne peuvent être invoquées ?...

Passons, et empressons-nous de vous dire qu'il s'agit le plus souvent d'un épanchement inflammatoire, et non d'un hydrothorax unilatéral. Il a une allure des plus latentes, et encore une fois, *il faut le chercher*. D'un autre côté, il présente une forme tout à fait particulière : le liquide s'épanche surtout dans l'espace costo-diaphragmatique, il remonte peu, se collecte sous le poumon entre lui et le diaphragme (épanchement pleural *en masse* à opposer à l'épanchement *en nappe*), ce qui peut vous faire commettre une double erreur de diagnostic : 1° En raison de la situation particulière de l'épanchement au-dessus du foie, celui-ci est abaissé, et comme les matités pleurale et hépatique se confondent, vous pouvez, d'une part croire à tort à un gros foie, et méconnaître d'autre part l'existence de l'épanchement pleural ; mais rappelez-vous que le foie cardiaque est presque toujours douloureux, surtout au niveau de son lobe gauche ; 2° Cet épanchement est ordinairement plus abondant que l'indiquent les signes physiques et la faible hauteur de la matité.

Ce dernier fait est très important en pratique : il vous permettra de conclure à l'abondance d'un épanchement que vous pouviez croire très faible ; il vous indiquera l'importance d'une intervention hâtive, puisque souvent — plus souvent qu'on le croit — les accidents asystoliques et l'*insuccès de la médication digitalique* tiennent à la présence de cet épanchement.

Encore une fois, dans le cours de la cardio-sclérose, cherchez cet épanchement, surtout *à droite;* vous le trouverez bien souvent.

Digitized by Google

V. **Palpitations et arythmie chez les cardiopathes d'origine gastrique; leur traitement.** — Voilà encore des faits cliniques et thérapeutiques sur lesquels je reviens souvent... et j'y reviens encore. *On abuse de la digitale*, je ne saurais trop le répéter.

Ainsi, quand l'arythmie est constatée dans le cours d'une affection du cœur, on n'en cherche ni la cause ni le mode de production, et l'on fait le raisonnement suivant : « La digitale régularise les battements du cœur ; l'arythmie est caractérisée par l'irrégularité de ceux-ci ; donc la digitale et les médicaments cardio-toniques sont indiqués. » Eh bien, je vous dis que ce raisonnement est faux, que la pratique est dangereuse, et que la thérapeutique est toute autre, comme je vais vous le démontrer.

Il en est de même pour les palpitations. On dit : « la digitale est un modérateur cardiaque, donc elle est indiquée contre les palpitations dont souffrent quelquefois les cardiopathes ».

Ce n'est pas tout encore; le cœur faiblit, et, comme la digitale est son tonique, son « quinquina », vite on y a recours.

Voilà donc un médicament bon à tout faire, et au gré de vos désirs, vous croyez qu'il va, ici régulariser, là modérer, et plus loin fortifier! Ce n'est pas ainsi que les choses se passent en thérapeutique, et il faut se défier des formules de traitement toutes faites.

Voyez cette femme de 40 ans couchée au n° 8 de la salle Delpech. Elle est atteinte d'un rétrécissement mitral d'origine rhumatismale, l'arythmie est tellement accusée qu'elle masque d'une façon presque complète (comme cela se voit assez souvent) les signes physiques de l'affection valvulaire. Or, d'ordinaire, le rétrécissement mitral pur ne s'accompagne pas d'un tel affolement cardiaque, et celui-ci se montre alors dans des conditions bien déterminées, ou lorsqu'il y a thrombose cardiaque (c'est-à-dire auriculaire), ou lorsqu'il y a gastropathie retentissant sur le cœur. Quand vous voulez savoir s'il y a thrombose cardiaque (comme chez notre malade de la salle Delpech, n° 5), *examinez les genoux*, et les grandes ou principales articulations. Lorsque celles-ci présentent de temps à autre des plaques de cyanose avec le phénomène d'arythmie palpitante, vous pouvez presque sûrement conclure à la thrombose cardiaque.

Ici, rien de pareil, et nous devions alors chercher vers l'estomac. Mais, de ce côté, vous êtes étonnés de trouver bien peu de chose : un peu de diminution de l'appétit, quelques renvois gazeux, une certaine lenteur digestive vaguement accusée par cette femme. Mais il faut bien se rappeler que *certains malades font de la dyspepsie sans le savoir*, que les gastropathies, même les plus sérieuses, restent longtemps latentes, et que l'examen du suc gastrique peut seul nous renseigner sur l'état réel des fonctions digestives. Or, l'examen du chimisme stomacal pratiqué à deux reprises différentes par M. Moreau, interne en pharmacie, nous le montre des plus défectueux, comme vous pouvez le voir par ces chiffres.

| | | Liquide normal. | Liquide examiné. |
|---|---|---|---|
| Acidité totale..... | A | 190 | 29 |
| HCL libre..... | H | 44 | 10 |
| HCL combiné org.. | C | 170 | 94 |
| Chlorhydrie..... | H+C | 214 | 104 |
| Chlore total..... | T | 321 | 260 |
| Chlore minéral fixe. | F | 107 | 156 |
| Coefficient..... | $\frac{A-H}{C}$ | 86 | 20 |
| Coefficient..... | $\frac{T}{F}$ | 3 | 1,73 |

Voilà donc un chimisme stomacal indiquant une profonde perversion de la digestion gastrique, et cependant la malade paraissait à peine en souffrir, ou plutôt elle en souffrait par son cœur, sous forme de palpitations avec arythmie. Si vous ajoutez à cela que l'examen des urines a fait constater pour une quantité de 1,500 grammes en 24 heures, le chiffre de 17,29 d'urée, et de 12 gr. 90 pour les chlorures, vous comprendrez que son organisme fournissait assez de chlorures, mais que son estomac, atteint apparemment dans son fonctionnement glandulaire, était incapable de les décomposer. Nous avions donc trouvé la cause de cette arythmie palpitante; elle n'était pas au cœur, mais à l'estomac; la digitale était absolument contre-indiquée, le traitement de cette dyspepsie latente s'imposait, et à la suite de la prescription de cachets de 25 centigrammes de phosphate neutre de soude et de bicarbonate de soude vingt minutes avant le repas, et d'une solution faible d'HCL à la fin du repas, à la suite d'un régime alimentaire rationnel, l'arythmie et les palpitations cessèrent, et l'on put percevoir nettement tous les signes du rétrécissement mitral. Quelques jours après, nous avons fait la contre-épreuve en abandonnant tout traitement gastrique, et bientôt les mêmes phénomènes cardiaques se reproduisirent, quoique avec une moindre intensité.

Cette observation porte avec elle un grand enseignement pratique : elle vous montre, que dans tous les cas où dans une cardiopathie quelconque, dans la sténose mitrale surtout, l'arythmie et les palpitations surviennent brusquement, il faut toujours rechercher si, en dehors d'une insuffisance mitrale associée, ou de l'existence de la thrombose cardiaque, les fonctions digestives sont normales.

Pour le cas où celles-ci doivent être incriminées, il faut instituer la médication, soit de l'hyperpepsie, soit de l'hypopepsie. Donc, dans une cardiopathie, l'arythmie n'indique pas toujours que « le cœur supporte mal sa lésion ». Il la supporte mal, parce que la souffrance d'organes voisins ou éloignés retentit sur lui, mais non pas parce que le myocarde commence à s'altérer. L'arythmie n'est pas synonyme d'asystolie, et ce qui le prouve, c'est que ces arythmies réflexes peuvent persister pendant longtemps, pendant des années, sans jamais aboutir au

Digitized by Google

syndrôme asystolique. Par conséquent, le régime alimentaire, l'emploi des alcalins ou de l'acide chlorhydrique constituent la base du traitement, et l'on ne saurait trop insister dans ces cas sur la *contre-indication absolue de la digitale et des médicaments cardiaques*. La digitale aurait les plus fâcheux effets. En aggravant le trouble des fonctions digestives, elle augmenterait les palpitations et l'arythmie qu'elle était destinée à combattre. Et dans ces cas, que de digitale dépensée inutilement au détriment des malades, contre ces divers accidents!

## ÉTUDE DE CLINIQUE MÉDICALE

### Quelques mots sur l'épistaxis dans la néphrite interstitielle

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

Voici une douzaine de fois que je rencontre l'épistaxis, légère ou grave, chez des gens de 50 à 60 ans, affectés de néphrite interstitielle et d'hypertrophie du cœur avec ou sans bruit de galop, avec ou sans exagération du claquement des valvules sigmoïdes, mais avec augmentation constante de la pression à l'artère radiale. Cette hémorragie, à l'instar de l'hémoptysie dans des circonstances identiques, paraît, de prime abord, marquer le début de la néphrite, mais le clinicien exercé ne tarde pas à reconnaître que l'artério-sclérose dont la maladie rénale est presque toujours l'expression a pris depuis quelque temps, depuis longtemps même, possession du sujet. L'épistaxis n'en est pas moins, après tout, un symptôme de début. Dans un de nos cas elle a été précédée pendant six mois par une hémoptysie considérable survenue à l'occasion d'une course précipitée; l'hémoptysie ne s'est pas reproduite.

A cette période — période initiale, si l'on veut, du mal de Bright — où les urines ont les caractères si connus de celles de la néphrite interstitielle, l'épistaxis apparaît principalement le matin au réveil sous forme de quelques gouttes de sang, et alors elle n'exige pas de traitement; ou bien, à la suite d'une émotion, d'une colère, d'un effort, ou même sans raison appréciable, elle surgit abondante, très abondante, incoercible, exigeant à la fois le tamponnement et une puissante médication interne. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces deux variétés, l'épistaxis se manifeste avant que le patient ait songé à consulter, avant que personne lui ait dit que son cœur, ses artères, ses reins sont malades. Elle se réitère une, deux, trois fois dans la journée, avec la même abondance, elle revient au bout de quelques jours ou de quelques semaines, avec moins d'intensité cependant, et (du moins il en a été ainsi dans nos cas) jamais on ne la revoit. Les faits de ce genre ne sont pas fréquents; que d'artério-scléreux avérés n'ont jamais eu d'épistaxis pas davantage que d'hémoptysie! Plus tard, quand la cardiopathie concomitante s'est aggravée, que le bruit de galop est devenu évident, que l'auscultation de l'aorte révèle des bruits claqués ou soufflés, que la radiale est dure, résistante, tortueuse, l'épistaxis est chose exceptionnelle : je ne l'ai observée que chez un jeune goutteux de vieille date qui eut l'année d'après une attaque d'urémie compliquée de purpura des membres inférieurs.

A une période plus avancée de la cardio-néphro-sclérose, alors que l'asthénie, la fatigue, l'épuisement du cœur et des vaisseaux scléreux se traduisent par de l'œdème des membres — soit par de l'œdème dont la digitale triomphe encore, soit par de l'œdème rebelle à toutes les médications excitatrices de l'artério-tension ou diurétiques — l'épistaxis ne reparaît point. C'est donc avant tout un symptôme de début de la néphrite interstitielle; seulement il faut bien se garder de rattacher au brightisme une épistaxis dont il n'est pas responsable, et c'est parfois moins commode qu'on pourrait le penser. J'ai publié l'observation d'un sujet qui succomba à des épistaxis répétées que l'on avait cru pouvoir rapporter à une néphrite interstitielle en raison de la polyurie, des urines claires, transparentes, décolorées, pesant 1005 à 1010, contenant 4 grammes d'urée par litre : l'autopsie ne révéla aucune lésion des reins et nous dûmes, mes maîtres et moi, nous rabattre sur l'hémophilie — un mot pompeux qui ne veut pas dire grand'chose. Avant d'affirmer la néphrite interstitielle il faudra bien encore s'assurer si l'épistaxis ne relève pas plutôt d'une maladie mitrale latente, notamment du rétrécissement mitral : il ne faut pas confondre, le cas échéant, le roulement présystolique, le dédoublement du deuxième bruit, si fréquents dans le rétrécissement mitral, avec le bruit de galop. Il importe aussi d'éliminer le goitre exophtalmique dont les symptômes cardio-aortiques et carotidiens avec épistaxis (j'en ai vu un exemple) peuvent en imposer pour la cardio-sclérose compagne de la néphrite interstitielle.

Je me borne à ces réflexions sommaires : j'ai exposé naguère à cette même place les considérations thérapeutiques qu'elles soulèvent (1).

## Formulaire du Praticien

**Formule de pilules créosotées** (Guyon) :

| | |
|---|---|
| Créosote | 0 gr. 05 |
| Iodoforme | 0 gr. 01 |
| Arseniate de soude | 0 gr. 001 |
| Cynoglosse | 0 gr. 05 |
| Poudre de benjoin | q. s. |

Quatre pilules par jour, 2 au déjeuner et 2 au dîner.

**Solution pour le traitement hypodermique de la tuberculose** (Gilbert) :

| | |
|---|---|
| Créosote de hêtre | 25 grammes |
| Camphre | 15 — |
| Aristol | 10 — |
| Eucalyptol | 30 — |

Huile de pieds de bœuf stérilisée, q. s. pour 250 cc.
Chaque c.mc. de ce mélange contient 0 gr. 10 de créosote.

(1) Ch. Liégeois : Des indications thérapeutiques de l'épistaxis. — La digitale dans l'hémoptysie et l'épistaxis (*Journal des Pratic.*, 1889, p. 824, et 1894, p. 316).

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### Traitement de la polyurie essentielle

La fin du carême me remet en mémoire l'histoire d'un malade, qui m'a donné, pendant l'été de l'année dernière, bien des ennuis et bien des tracas. Il s'agit d'une polyurie essentielle éclatant brusquement, sans aucune raison apparente, prenant en quelques jours des proportions inusitées, ne cédant d'abord à aucune médication courante, et qui a cessé assez vite sous l'influence d'un traitement méthodique, continué pendant quelque temps.

Le rôle du carême dans le début de la maladie n'était qu'imaginaire, mais montre une fois de plus, ce qu'aucun médecin n'ignore, la tendance qu'ont les malades à toujours faire remonter les accidents à une cause occasionnelle quelconque qui, la plupart du temps, n'a aucun rapport avec leur état. Voici l'observation :

Le lundi de Pâques j'étais accosté dans la rue par un de mes clients, âgé de 49 ans, qui me dit à brûle-pourpoint : « Ah! je suis bien aise de vous rencontrer; ma femme m'a fait manger de la morue le vendredi-saint, et cela m'a donné une soif que rien ne peut calmer ; je me portais fort bien auparavant, mon appétit était régulier, ma soif tout ordinaire ; mais depuis ce déjeuner à la morue, j'ai la langue d'une sécheresse! je meurs de soif, et dans la nuit je me lève bien cinq ou six fois pour tâcher de la calmer. Mais en vain, plus je bois et plus j'ai envie de boire! »

Je lui répondis de commencer par faire analyser ses urines, de s'assurer si elles ne contenaient pas de sucre, et qu'après cet examen, j'irais le voir dans son lit le lendemain matin.

Le mardi, en arrivant chez mon malade, j'apprends que le résultat de l'analyse est resté nul, que ses urines sont absolument normales; mais que, dans la nuit, il s'est encore levé pour boire sept ou huit fois ; que, chaque fois qu'il a bu, il a abondamment uriné et qu'il a même été obligé de faire vider son vase de nuit, dont la contenance, de deux litres environ, était insuffisante.

Un examen minutieux du sujet ne fait rien découvrir; tous les organes sont sains. Il n'y a, dans son état, ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels : il est très sobre, n'a jamais été malade, sauf pendant la guerre, où une fièvre typhoïde sérieuse l'a tenu alité pendant six semaines, sans laisser d'ailleurs aucune trace.

Je lui demande de recueillir ses urines par vingt-quatre heures, et d'additionner également les quantités de liquides ingérées pendant le même espace de temps. Il boit environ huit à dix litres de boissons variées par jour et émet la même quantité d'urine.

L'appétit disparaît totalement ; il se plaint de maux de tête, de douleurs à la nuque; l'abdomen se ballonne, les mains gonflent sans œdème ; il a des suffocations, des oppressions ; les jambes le portent difficilement ; sa faiblesse devient extrême. Les érections ont disparu presque dès le premier jour, contrairement à ce qui se passe d'habitude dans la polyurie essentielle, où les auteurs prétendent que les fonctions génitales s'accomplissent normalement.

Le traitement bromuré, ioduré, échoue totalement.

Au bout d'une quinzaine de jours, je propose une consultation, que sa femme encore jeune et tourmentée d'avoir non seulement un mari malade, mais encore un mari honoraire, accepte avec enthousiasme.

Nous allons voir M. Lecorché qui fait supprimer l'iodure et conseille de continuer le bromure ; il fait ajouter l'extrait de valériane et le valérianate de quinine. L'insuccès est aussi complet que par le passé. Les symptômes augmentent d'intensité ; le malade boit vingt à vingt-deux litres de liquide par vingt-quatre heures et urine autant.

Cela devient fantastique : il boit à toutes les fontaines; en passant sur le pont Saint-Michel, il a envie de descendre au bord de la Seine pour y boire; la nuit, il se jette hors du lit, prend son vase d'une main, pendant que, de l'autre, il saisit une carafe ou une bouteille, remplit son verre plusieurs fois, et le vide tout en urinant. Un jour, il pénètre dans un café, se fait servir de la grenadine avec de l'eau frappée. Le garçon mit sur sa table le verre vide et la carafe et retourne chercher la grenadine; quand il revient avec la bouteille, l'eau frappée a disparu et le garçon prenant la carafe pour aller la remplir, dit en la regardant, qu'il aurait juré qu'elle était pleine.

Un soir, au moment de monter dans sa chambre à coucher, le malade demande à sa bonne une bouteille d'eau bien fraîche, qu'il veut emporter lui-même ; mais il la vide dans l'escalier. Une autre fois, il dîne chez des amis, et se grise sans le remarquer. Sur sa table de nuit, on place tous les soirs une bouteille d'eau de Vichy, une autre de Saint-Galmier, un litre de vin et deux litres de lait. Il passe son temps à boire, et quand il ne boit pas, il urine. Cela dure environ un mois, puis nous retournons chez M. Lecorché. Il conseille de cesser tout traitement interne et d'appliquer sur la nuque et le haut de la colonne vertébrale, tous les deux jours, environ cent vingt pointes de feu ; en outre, l'enveloppement chaque matin de deux à cinq minutes, avec un drap trempé dans de l'eau très froide, et de se recoucher ensuite pendant quarante minutes pour faire la réaction.

On commence ce nouveau traitement le 1er juin.

Dès les premières pointes de feu, le malade trouve un bien-être dont il se loue; il est heureux dans son drap mouillé ; il se sent revivre. La soif diminue et la polyurie également. Le traitement se prolonge pendant quatre mois, et l'amélioration d'abord lente, devient ensuite plus rapide.

Enfin, vers le 1er octobre, il est à peu près guéri. Le

Digitized by Google

sens génital a été le dernier à se réveiller de sa torpeur. Mais, petit à petit les vives inquiétudes de sa femme se sont calmées et la tranquillité est revenue dans le ménage, avec la santé du mari.

Nous croyons pouvoir appeler l'attention sur ce traitement. Dans l'observation que nous publions, la moelle et le bulbe ont joué certainement un rôle considérable; mais la polyurie essentielle est une affection encore mal connue et mal étudiée; il faudrait pour étayer un traitement rigoureux, pouvoir observer un certain nombre de cas analogues. — WEHLIN.

---

**Traitement d'urgence de l'otite moyenne aiguë.** — L'otite moyenne aiguë est une affection presque toujours sérieuse et pouvant avoir pour l'avenir des malades les conséquences les plus graves, parce que, ainsi que le dit spirituellement M. Lermoyez, qui consacre au traitement de cette question un article des plus agréables et des plus utiles à lire (*Presse méd.*, février), « l'oreille a à la fois à lutter contre deux ennemis, les microbes et les médecins ». Beaucoup de praticiens, en effet, ignorent la façon de soigner convenablement une otite, et M. Lermoyez, avec juste raison, insiste sur cette question d'une application si fréquente.

A. — Il s'agit d'abord d'instituer un traitement prophylactique et de prévenir l'otite : 1° *en mettant le malade à l'abri des refroidissements*; 2° en pratiquant l'*antisepsie des fosses nasales* : *a*) *chez l'enfant*, par l'introduction dans les narines, la tête renversée en arrière, de quelques gouttes de :

| | |
|---|---|
| Huile d'amandes douces..... | 50 grammes |
| Menthol cristallisé..... | 1 — |

*b*) *Chez l'adulte*, de la même façon, ou en faisant priser la poudre qui suit :

| | |
|---|---|
| Acide borique..... | 16 grammes |
| Salol..... | 4 — |
| Menthol..... | 0,25 centigr. |
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 0,50 — |

3° En évitant de faire pénétrer dans l'oreille, par la trompe, toute mucosité septique venant du nez. *S'abstenir par-dessus tout de pratiquer une irrigation nasale*, et à ce propos, M. Lermoyez dit très plaisamment :

Coryza aigu × Siphon de Weber = Otite aiguë.

Recommander au malade de se moucher doucement et, au besoin, de renifler les mucosités; 4° Enfin, prescrire, si cela est nécessaire, un laxatif et du sulfate de quinine.

B. — Si, malgré ces soins préventifs, l'otite éclate, il s'agit d'instituer rapidement une thérapeutique rationnelle, destinée à lutter contre trois éléments qui donnent à la maladie une gravité croissante : le passage à la suppuration; — la rétention du pus; — l'infection secondaire. Le traitement variera suivant que le médecin aura été appelé avant ou pendant la suppuration.

I. — *Avant la suppuration*, il faut : 1° *calmer* les douleurs et faire de suite l'antisepsie du conduit auditif. Un mélange répond à ces deux indications : la *glycérine phéniquée* au dixième chez l'adulte, au vingtième chez l'enfant :

Trois fois par jour, faire tiédir une dizaine de gouttes de ce mélange dans une petite cuiller, en remplir le conduit, que l'on maintiendra bouché avec un petit tampon d'ouate boriquée.

Si ce moyen ne réussit pas, faire préparer :

| | |
|---|---|
| Eau phéniquée au centième.... | 10 grammes |
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 2 — |
| Sulfate neutre d'atropine..... | 0,05 centigr. |

Donner un bain local de dix minutes avec 10 gouttes de cette solution, qu'on introduira dans l'oreille aussi chaude qu'on pourra e supporter.

Laisser l'oreille tranquille ; pas d'injection dans le conduit; pas de douches d'air par le nez.

2° Si les douleurs persistent, ne pas changer le traitement intra-auriculaire, mais appliquer sur le pavillon et la région mastoïdienne, préalablement désinfectés, des compresses imbibées d'eau boriquée chaude ou de phénosalyl au cinq centième; recouvrir de taffetas gommé et renouveler le pansement toutes les quatre heures. Si l'apophyse mastoïde devient douloureuse et un peu œdématiée, appliquer sur elle une vessie de glace : *chaleur intus, froid extra.*

3° Calmer la fièvre et décongestionner l'oreille en donnant 2 à 3 grammes d'*antipyrine* par jour, associés à 1 gramme de *sulfate de quinine*. Pour faire dormir le malade, s'adresser de préférence au *chloral*.

4° Pour faire de la *dérivation*, avoir recours à un bon purgatif salin, aux bains de pieds sinapisés, répétés.

5° Faire de l'antisepsie nasale, par l'huile mentholée ou la vaseline salolée — et buccale, à l'aide, par exemple, du gargarisme suivant :

| | |
|---|---|
| Acide phénique pur ..... | 2 grammes. |
| Résorcine..... | 10 — |
| Alcool de menthe..... | 20 — |
| Sirop diacode ..... | 80 — |
| Eau de laitue..... | 100 — |

Chez l'enfant, on remplacera les gargarismes par des badigeonnages répétés du pharynx avec de la glycérine résorcinée à 1/20.

Enfin, si le malade a de la fièvre, le maintenir couché, la tête haute, le cou libre, dans une chambre aérée et fraîche. Si malgré tous ces soins, les douleurs s'accentuent, il n'est plus qu'une façon pressante de les calmer et de sauver la vie du malade : *la paracentèse du tympan*, opération que tout praticien doit apprendre à exécuter, car c'est une opération d'urgence absolue.

B. *Pendant la suppuration*, qu'elle se soit produite spontanément ou à la suite de la paracentèse, le traitement change de nature. Cesser chloral, glace, antipyrine; panser antiseptiquement l'oreille moyenne.

Digitized by Google

1° Pratiquer des *injections dans le conduit*, à l'aide soit d'une seringue stérilisable, soit d'une petite poire en caoutchouc, ayant séjourné quelques heures dans la liqueur de van Swieten. Se servir pour l'injection d'eau boriquée et tiède, *jamais d'eau froide.*

L'injection doit être douce et cesser dès que le liquide ne ramène plus de grumeaux de muco-pus.

2° Donner *une douche d'air par le nez*, à l'aide de la poire de Politzer moyenne (n° 8); « introduisez, dit M. Lermoyez, l'embout olivaire dans une narine, bouchez l'autre avec le doigt, et tandis que le malade gonfle fortement les joues en maintenant la bouche close ou bien avale la salive, pressez la poire franchement, à plusieurs reprises : un sifflement dans l'oreille malade indiquera que vous avez réussi. » Ce traitement, injections et douches d'air, doit être fait par le médecin lui-même, et dans l'intervalle des pansements, on fera l'antisepsie du conduit et son drainage avec une lanière de gaze boriquée.

Ce traitement a une durée moyenne de deux à trois semaines. Quant l'écoulement a diminué, et que l'ouïe s'améliore, suspendre les douches d'air, ne faire des injections que tous les trois jours et instiller deux fois dans la journée de l'alcool boriqué tiède à 1/50.

Malheureusement, il arrive parfois qu'en pleine période aiguë, malgré le traitement, l'écoulement se tarit, la douleur réapparaît : il s'est produit une fermeture précoce de l'orifice tympanique, il y a rétention de pus dans l'oreille, d'où possibilité d'accidents cérébraux, graves, mastoïdite suppurée et méningite possible. En face de cette éventualité, il n'y a qu'un parti rapide à prendre : faire la paracentèse du tympan, qui seule, pourra éviter la trépanation de l'apophyse mastoïde et les complications consécutives. — L. Floersheim.

---

**L'urée en thérapeutique.** — L'urée est pour ainsi dire un diurétique physiologique, dans les maladies graves du parenchyme hépatique, où la quantité d urée produite par cet organe diminue considérablement ; les urines diminuent. L'urée semble agir sur l'épithélium rénal pour augmenter la diurèse.

On a employé (Klemperer-Beckert) l'urée comme moyen thérapeutique; la seule contre-indication était *une lésion préexistante de l'épithélium rénal.*

On formule ainsi :

| | |
|---|---|
| Urée pure..... | 10 grammes. |
| Eau distillée..... | 200 — |

1 cuillerée à bouche toutes les heures.

Au bout de deux jours, on prescrit une nouvelle solution à 15 gr. pour 200, puis à 20 p. 200. On continue le traitement pendant une quinzaine de jours de manière à ce que le malade absorbe 200, 250 gr. du médicament (920 gr. en 65 jours dans une myocardite chronique, Kleinperer).

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas d'ascite et exsudat pleural ; dans certaines cirrhoses, l'émission urinaire monte à 5 litres par jour et des épanchements considérables disparaissent.

Dans les maladies du cœur mal compensées, l'œdème peut rétrocéder à la suite d'ingestion d'urée ; mais le résultat est d'ordinaire médiocre.

Chez les gravelleux, on peut après la colique et lorsqu'il n'y a ni hématurie, ni albuminurie, donner :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude..... | ãã 25 grammes |
| Carbonate de chaux..... | |
| Urée..... | |

4 à 5 demi-cuillerées à café par jour, matin et soir.

La même thérapeutique augmenterait la diurèse des goutteux s'il en était besoin.

En résumé, l'urée est un diurétique doux, peu irritant. Contre-indiqué dans les affections du rein, il est recommandable dans tous les cas d'hydropisie et d'ascite d'origine non rénale (spécialement dans la cirrhose). L'effet de la médication apparaît d'ordinaire du deuxième au troisième jour; on s'abstiendra de continuer si, au cinquième jour du traitement, après absorption d'une cinquantaine de grammes, la diurèse n'a pas augmenté.

---

**Epididymite syphilitique tertiaire.** — Le syphilome tertiaire peut se localiser à l'épididyme avec intégrité intestinale. L'épididymite syphilitique tertiaire, d'après Delahaye (*Th. Lyon*), apparaît à une époque qui varie entre deux ans et vingt ans après l'accident primitif, le début se fait le plus souvent par des douleurs d'intensité variable, tantôt spontanées, tantôt provoquées par la pression. elle intéresse le plus souvent l'épididyme en entier, en formant une induration diffuse irrégulière, sans adhérences au testicule. En général, un seul épididyme est atteint. La durée en est assez longue, et la terminaison peut se faire, tantôt par sclérose, tantôt par ramollissement et suppuration à la façon d'une gomme.

Tandis que, dans l'épididymite secondaire, la lésion est limitée à la tête ; dans la forme tertiaire, il y a en général diffusion des lésions. Dans l'épididymite secondaire, les deux épididymes sont souvent atteints, alors que l'unilatéralité est de règle dans le syphilorme tertiaire.

L'épididymite tertiaire est d'un pronostic bénin, la restitution *ad integrum* pourra être obtenue dans la très grande majorité des cas, à la condition d'intervenir à temps. L'iodure est d'une efficacité absolue, il convient cependant de lui associer le mercure sous forme de frictions à l'onguent napolitain. — M. D.

---

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement des fractures de l'olécrâne.** — Il emble qu'on ait un peu exagéré, en ces dernières années, les indications de la suture osseuse en cas de fractures. Qu'il s'agisse de fractures de la rotule, de la clavicule, etc., la suture n'est pas toujours exempte de dangers, en raison soit du voisinage d'organes vasculo-nerveux, comme au niveau de la clavicule, soit d'une faute d'antisepsie, dont

Digitized by Google

on n'est pas toujours maître, mais dont les conséquences sont des plus graves.

La statistique des sutures osseuses que nous donne le docteur Jalaguier (*Th. doct.* 1897) établit surabondamment que, malgré les opérateurs et malgré les soins d'antisepsie, les résultats de la suture osseuse sont loin d'être toujours parfaits. En 1884, le chirurgien Jalaguier, sur 43 cas de sutures osseuses diverses, a 2 morts, 5 suppurations, 1 amputation de cuisse ; en 1885 les 45 sutures de Brunner donnent 8 suppurations, 2 nécroses, 2 morts, 2 amputations de cuisse, 7 ankyloses ; sur 3 sutures de Kocker, on note 1 mort et 2 arthrites suppurées. En 1886 enfin, Deunis réunit 203 cas, dans lesquels on relève 14 ankyloses complètes, 17 ankyloses partielles, 4 amputations, 34 suppurations, 24 résultats fonctionnels mauvais.

Il est certain qu'il ne faut jamais tenir trop compte d'une statistique qui ne s'occupe pas de l'état particulier des opérés, ni des conditions dans lesquelles a été faite l'intervention ; néanmoins, on est un peu enclin, comme M. Jalaguier, à propos des fractures de l'olécrâne, à ne pas accepter aussi facilement un procédé opératoire — assez sérieux — en face d'une lésion qui est peu considérable quelquefois.

La question du traitement des fractures de l'olécrâne est assez délicate ; l'indication — remettre les fragments en place et les y maintenir — n'est pas d'une réalisation facile. L'*extension* diminue l'écartement, mais le fragment supérieur est néanmoins attiré en haut et en dedans par le triceps rétracté ; elle risque en outre de déterminer une ankylose. La *flexion* prédispose, si elle est prolongée, à une ankylose vicieuse. Ces deux méthodes doivent donc être abandonnées d'une façon complète et l'on doit proscrire d'une façon absolue toute immobilisation, quelle qu'elle soit.

Tilanus (d'Amsterdam) a préconisé le *massage*, commencé dès le dixième ou quatrième jour, le membre étant immobilisé provisoirement sur une attelle ouatée en extension. Dès le deuxième jour, on commence à fléchir progressivement le membre. En 35 jours environ, on arrive à une guérison absolue. Cette méthode de massage, surtout lorsqu'elle est combinée à une courte immobilisation en extension, suivie de flexion au bout de quelques jours, paraît l'emporter aujourd'hui sur toutes les autres méthodes, même sur la suture osseuse. Celle-ci ne semble devoir être réservée qu'aux cas de fracture ouverte, lorsque les fragments ne sont pas d'un trop petit volume, ou aux cas de fracture fermée avec coaptation impossible en extension. — L. Flœrsheim.

## HYGIÈNE

### Digestibilité et pouvoir nutritif des aliments

Nous savons que, pour qu'une alimentation soit saine, il faut qu'elle soit mixte, c'est-à-dire composée d'aliments azotés et non azotés. Or, si nous rangeons les substances dont se nourrit l'homme, suivant leur puissance nutritive, nous obtiendrons l'ordre suivant :

1° Viande de boucherie, gibier, volailles ; 2° Chair de poisson ; 3° Fécules, légumes proprement dits ; 4° Légumes verts, fruits.

On entend par la *digestibilité* des aliments, la durée plus ou moins considérable de leur séjour dans l'estomac. Toutefois il faut se rappeler que tous les aliments ne se digèrent pas dans l'estomac ; les substances azotées jouissent seules de ce privilège. Les matières grasses y restent un certain temps avant d'aller recevoir dans l'intestin l'influence des sucs qui les rendent absorbables, tandis que les aliments féculents d'insolubles qu'ils étaient, sont devenus solubles grâce à leur transformation en dextrine d'abord et en sucre ensuite, sous l'influence de la salive ou mieux de la ptyaline.

Si maintenant, nous examinons les aliments, en tenant compte de *leur degré de digestibilité*, nous aurons le tableau suivant :

Lait, œufs à la coque, fruits bien mûrs ou en compote, légumes verts, herbes cuites ; poisson peu chargé de graisse, volaille à chair blanche, viande de boucherie, gibier ; pain rassis, pommes de terre et féculents, ou légumes secs ; pâtisserie, truffes et champignons ;

Les viandes de boucherie, par ordre de digestibilité, peuvent être classées ainsi : mouton, bœuf, agneau, veau, porc.

A poids égal, le pouvoir nutritif de ces viandes ne présente pas de différences très grandes.

De tous les aliments, c'est donc le lait qui tient le premier rang, au point de vue de la digestibilité ; après le lait, les œufs, les fruits, les légumes verts et le poisson.

Comme *puissance nutritive*, la chair du poisson passe pour être moins nourrissante que les viandes de boucherie et autres. La chair de poisson est composée de fibrine unie à une proportion plus ou moins considérable de gélatine et de graisse. Tous les poissons n'ont pas le même degré de digestibilité. On peut citer comme de digestion facile : le goujon, l'éperlan, le merlan, la truite, la perche, la limande, la sole, le turbot, le hareng frais, l'alose, la carpe, la tanche, etc.

Comme de digestion difficile : le thon, l'esturgeon, le saumon, le maquereau, la lamproie, le brochet, l'anguille, etc., etc. Les poissons salés ou fumés (hareng saur) sont plutôt lourds. Les crustacés (homards, langoustes) ont une chair coriace de digestion difficile.

Les huîtres — fraîches — à l'exception de quelques espèces comme les portugaises, constituent un aliment délicat et léger.

Les moules doivent plutôt être rejetées de l'alimentation : certaines maladies, la nature des eaux dans lesquelles elles sont séjourné, les substances dont elles ont fait leur nourriture, peuvent parfois les rendre vénéneuses.

Le *mode de préparation* des aliments a une action très

Digitized by Google

importante au point de vue de leur degré de digestibilité.

Si nous envisageons les aliments sous ce rapport, nous aurons l'ordre suivant :

Le grillage, le rotissage, le hachis. La cuisson à l'étuve, à l'eau, au four. La fricassée ; les salaisons. La viande grillée est celle qui a subi la cuisson de la manière la plus uniforme, plus uniforme que la viande rôtie. Le hachis et les viandes à l'étuve ne sont pas de digestion facile : le défaut d'insalivation ou de mastication, le mélange de gras et de maigre l'expliquent facilement. Le bouilli est encore de digestion plus difficile ; on lui a enlevé avec le bouillon une partie de son osmazone, de sa gélatine et des principes gras. Les viandes rôties au four doivent leur peu de digestibilité à ce que, sous l'influence de la cuisson, il s'est développé une huile empyreumatique due à l'absence de ventilation du four. La fricassée est peu digestive : la graisse qu'on y ajoute imprègne la fibre musculaire et la rend indigeste. Les viandes salées ou fumées sont de digestion difficile, la salaison contracte et durcit la fibre musculaire. Si la chair du gibier est très substantielle, si elle n'est pas très fraîche, elle est excitante et plutôt de digestion difficile. Le beurre et les graisses sont de digestion difficile.

*Condiments.* — On appelle ainsi des substances destinées à modifier, à augmenter la saveur et la digestibilité des aliments, à exciter l'appétit, à stimuler les organes du goût de l'insalivation et de la digestion.

Le premier des condiments est le sel, le plus indispensable, et dont la privation ou l'insuffisance peuvent être une cause de mauvaise alimentation. Les substances grasses, oléagineuses et fenilentes sont celles qui réclament le plus impérieusement l'adjonction du sel. 15 à 30 grammes de sel doivent être mélangés chaque jour aux aliments ; une dose plus forte deviendrait irritante. Les condiments acides (citron, verjus, vinaigre (cornichons), acide citrique, malique, tartrique, etc., ainsi du reste que tous les condiments, balsamiques et aromatiques (menthe, écorce d'oranges, noix muscade, girofle, cannelle, vanille, poivre, épices) ; sulfurés (ail, oignon, ciboule, moutarde, etc.) à dose modérée, très modérée, relevant la saveur des aliments, les rendent digestifs en excitant l'appétit ; à dose exagérée, ils troublent la digestion et donnent lieu à de la gastralgie. — Dr Yot.

---

**Hygiène de la bouche.** — On a depuis longtemps remarqué les rapports existant entre le mauvais état de la dentition et le mauvais fonctionnement de l'estomac. Cependant, on ne s'est aperçu qu'assez récemment que toutes les altérations de la cavité buccale étaient d'origine microbienne soit qu'il s'agisse de fermentations attaquant l'épithélium des muqueuses ou les tissus dentaires, soit qu'il s'agisse de l'infection pouvant survenir sur un terrain ainsi préparé.

Il est donc nécessaire d'avoir recours de bonne heure à une antisepsie rigoureuse de la bouche et des dents, ainsi que le démontre le docteur Chompret (*Presse méd*) et d'utiliser des corps remplissant, selon lui, les deux indications suivantes : 1° nettoyer parfaitement la bouche, en pénétrant dans toutes les anfractuosités, sans toutefois léser les tissus chimiquement ou mécaniquement ; 2° porter un principe antiseptique qui puisse combattre les micro-organismes et leurs effets.

Le *savon antiseptique* paraît être le seul dentifrice qui satisfasse à ces indications, mais en raison de son goût nauséeux, difficilement acceptable, et des sels de soude qu'il contient, M. Chompret lui préfère le savon suivant, dont le goût est masqué par du menthol et la base neutralisée par de l'acide salicylique :

| | |
|---|---|
| Savon médicinal | 30 grammes |
| Glycérine | 30 — |
| Alcool à 90° | 13 — |
| Acide salicylique | 1 — |
| Essence de menthe poivrée | Q. S. |
| Matières colorante | Q. S. |

F. s. a. pour un savon.

La brosse dure, humectée de ce savon, sera promenée sur les dents et les gencives, en dedans et en dehors, surtout au niveau du collet de la dent.

Si le savon répugne, on utilisera la pâte suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse | 30 grammes |
| Bicarbonate de soude | 40 — |
| Acide salicylique | 1 — |
| Essence de menthe | XX gouttes. |
| Cochenille | Q. S. pour colorer. |
| Glycérine | Q. S. pour faire une pât |
| Eau | Q. S. pour faire une pât |

On se rincera longuement la bouche en terminant, et on se gargarisera avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral | 15 grammes |
| Teinture d'eucalyptus | 15 — |
| Alcool | 100 — |
| Essence de menthe poivrée | 0 gr. 75 |

En ayant recours matin et soir à ces soins antiseptiques, on évitera sûrement les fermentations buccales et la carie dentaire qui en est la conséquence. — L. F.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 30 mars 1897*

**A propos de l'appendicite.** — Nouvelle communication de M. Reclus.

M. Reclus repond aux objections faites par M. Dieulafoy dans la précédente séance. — M. Dieulafoy avait cité plusieurs centaines d'observations tendant à prouver que l'appendicite n'est point une complication de l'entérocolite membraneuse. — M. Reclus rappelle qu'il n'a opposé, de son côté, que quelques observations ; mais elles ont plus de valeur, étant des observations positives : Un médecin qui a vu cent hernies non étranglées n'a point le droit de dire que l'étranglement ne complique jamais les hernies. De plus, M. Reclus fait remarquer que les

Digitized by Google

observations de M. Dieulafoy, tirées des travaux de MM. Potain et Botentuit, datent de huit à dix ans, époque à laquelle on ne diagnostiquait pas l'appendicite. Il rapporte plusieurs observations nouvelles et particulièrement le cas d'une femme atteinte d'entérocolite due à des lavements de sublimé, chez laquelle il s'est installé, au bout de peu de temps, des accidents appendiculaires nécessitant l'intervention chirurgicale.

Il cite aussi l'avis de M. Baraduc qui, à Châtel-Guyon, a l'occasion de voir de nombreux cas d'entérocolite : dans l'entérocolite localisée au colon ascendant, forme que l'on rencontre surtout dans l'enfance, l'appendicite est une complication fréquente.

Il répond ensuite à l'objection faite, par M. Dieulafoy, à sa théorie de la pathogénie des accidents appendiculaires : Quand l'appendice remonte en arrière du cæcum, il n'en reste pas moins un diverticule formé par une de ses extrémités, et par ce fait les matières semi-liquides qui y ont pénétré ont des tendances à y stagner, tout comme dans le cas d'appendice descendant. Enfin, dans ces cas, il est assez fréquent de trouver une coudure au point d'implantation ; et c'est à ces cas de coudure que ses observations de cavités closes trouvent leur plus sûr contingent.

**Calculs intestinaux formés par un magma de salol.** — M. Robin lit un travail de M. Bressard, rapportant un cas de calculs intestinaux dus à l'ingestion répétée de salol en poudre ; ces calculs étaient assez volumineux.

M. Monod lit un rapport sur une communication de M. Bazy ayant trait au traitement conservateur du rein dans le cas de lésion de l'appareil excréteur du rein. — Il précise les indications et les contre-indications de l'uretéro-néopyélostomie et de l'uretéro-neocystostomie qui permettent de ne point sacrifier le rein dans le cas d'obstruction de l'uretère et d'hydronéphrose fermé.

**Nouveau perfectionnement de l'application à la chirurgie du rayon X.** — M. Remy et Contremoulins. — **Recherche de la position des projectiles dans le ventre.** — On emploie deux plaques sensibles placées à angle droit, deux tubes de Crookes ; on a ainsi deux images ; à l'aide de constructions géométriques on peut établir le siège du projectile.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 26 mars 1897*

**Appendicite et péritonite hystériques.** — M. Talamon rappelle qu'il a déjà signalé l'influence de l'hystérie, soit dans la simulation des symptômes de l'appendicite, soit dans l'exagération de ces symptômes, exagération qui peut aller jusqu'à faire croire à une péritonite et provoquer l'intervention chirurgicale.

De trois faits nouveaux qu'il a observés et qui montrent bien l'influence trompeuse de l'hystérie sur les symptômes appendiculaires, il tire les conclusions suivantes.

Dans cette question des rapports de l'appendicite avec l'hystérie, il faut distinguer deux catégories de faits :

1° Les cas où l'hystérie est seule en cause, sans lésion de l'appendice ; c est la pseudo-appendicite hystérique. Elle peut se présenter soit sous l'aspect d'une simple colique appendiculaire avec douleurs vives dans l'hypochondre droit, vomissements, hyperesthésie extrême de la zone hystérogène sous-costale, simulant à un examen peu attentif le point de Mac-Burney ; soit sous la forme de l'appendicite avec péritonite limitée, la contracture du muscle droit donnant la sensation d'une tumeur.

2° Les cas où l'hystérie exagère les symptômes d'une appendicite légère, comme elle le fait d'ailleurs pour la plupart des maladies aiguës, jusqu'à faire croire à une appendicite perforante ou à une péritonite diffuse ; c'est l'appendicite avec péritonisme hystérique Ces deux variétés sont importantes à connaître au point de vue pratique ; car, dans le premier groupe, la répétition des crises peut conduire à l'idée de la résection de l'appendice pour appendicite à rechute ; dans le second, l'intensité des symptômes pousse le chirurgien à une intervention précoce qu'en patientant 24 ou 48 heures de plus, on évitera sûrement. Les cas de ce genre sont très fréquents chez les enfants.

M. Siredey a observé plusieurs fois la néphroptose en même temps que l'appendicite et c'est là une cause d'erreur à laquelle il est bon de prendre garde. Au premier abord on ne voit pas le rapport direct entre les deux phénomènes ; mais comme le rein mobile se rentre fréquemment au cours de l'entérite muco-membraneuse, et que l'appendicite relève souvent de cette dernière affection, il y a peut-être là un lien plus important qu'on ne serait tenté de le croire.

M. Hayem a observé dans son service pendant plusieurs mois une femme hystérique atteinte depuis plusieurs années de vomissements nerveux, contre lesquels les traitements les plus divers furent absolument rebelles. Au commencement du mois de mars 1896, les vomissements changèrent de caractères ; de simplement alimentaires, ils devinrent porracés, en même temps que se développaient de la fièvre, du météorisme, une sensibilité particulière dans la fosse iliaque droite. On porta le diagnostic d'appendicite et la malade fut opérée. L'appendice reséqué était volumineux, bosselé, épaissi, adhérent ; sa cavité, rétrécie en quelques points, renfermait un liquide hématique ; mais il n'existait aucun foyer de suppuration. Depuis cette opération, les vomissements ont disparu ; mais il persiste des nausées et de la sensibilité au creux épigastrique.

M. Hayem conclut de ce fait que les vomissements dits nerveux peuvent avoir un point de départ réflexe : l'appendice malade chez les hystériques.

**Bactériologie de vingt cas d'appendicite suppurée.** — MM. Achard et Broca. Dans vingt cas d'appendicite, l'examen bactériologique de l'exsudat péritonéal recueilli au moment de l'opération a montré le coli-bacille 7 fois seul, 5 fois associé avec le streptocoque, et 5 fois avec des microbes divers. Le streptocoque, le staphylocoque doré ont été trouvés seuls deux fois.

Ces recherches montrent que le coli-bacille joue un rôle prépondérant, mais non unique dans la production de la péritonite appendicite.

**Histologie pathologique de 21 cas d'appendicite.** — M. Letulle. Toute appendicite aiguë, subaiguë ou chro-

Digitized by Google

nique, est caractérisée par une folliculite infectieuse, dont les microbes pathogènes sont des plus variés.

Les lésions folliculaires sont circonscrites, ou diffuses; elles peuvent devenir perforantes, soit vers la cavité de l'intestin, soit vers la séreuse péritonéale, soit vers les deux surfaces, et constitue alors la variété térébrante la plus complète.

Toute folliculite, même circonscrite, offre une tendance à la diffusion par les voies lymphatiques péri-folliculaires. Les coupes microscopiques sont des plus démonstratives à cet égard, surtout dans les cas aigus.

Les lymphangites interstitielles secondaires à la folliculite sont largement centrifuges, et souvent d'une manière suraiguë. Elles s'enfoncent successivement à travers la couche sous-muqueuse, les couches musculeuses, et atteignent maintes fois le tissu cellulaire sous-péritonéal. La séreuse est dans ce cas rapidement envahie.

La plupart, sinon la totalité des lésions interstitielles subaiguës ou chroniques de la muqueuse, ainsi que des autres couches de l'intestin, y compris le péritoine, s'expliquent par ces diffusions inflammatoires lymphangitiques. Les cas de sténose fibroïde circonscrite de l'appendicite relèvent du même processus.

L'oblitération complète d'une portion du canal appendiculaire occasionne parfois des désordres secondaires très complexes dans les glandes muqueuses sous-jacentes à l'obstacle (dilatations kystiques, adénomes glandulaires, adéno-carcinomes).

Dans la grande majorité des cas d'appendicites suraiguës non spécifiques (c'est-à-dire ni tuberculeuse, ni typhoïdique), il s'agit d'une infection lymphatique phlegmoneuse ou gangréneuse, secondaire à une folliculite chronique plus ou moins ancienne.

Il existe, d'ailleurs, comme on sait, une série d'appendicites spécifiques également folliculaires. Deux types, au moins, sont bien établis; l'appendicite tuberculeuse, et l'appendicite éberthienne ou typhoïdique. L'une et l'autre peuvent devenir aisément perforantes. Les îlots de lymphangite térébrante sont, dans ces faits, absolument constants.

Toute appendicite chronique doit être, *a priori*, soupçonnée de nature tuberculeuse. La recherche des foyers caséeux folliculaires, des cellules géantes et du bacille de Koch doit être régulièrement pratiquée pour toutes les observations, alors même que la lésion aurait présenté l'allure phlegmoneuse la plus franche.

Dans une variété de l'appendicite chronique, qu'on appelle *hypertrophique diffuse*, les follicules lymphatiques, considérablement hypertrophiés, apparaissent enchassés au milieu d'une couche. Ces follicules sous-muqueux, inégalement épaissis, peuvent arriver à doubler la muqueuse par une couche fort épaisse, continue et concentrique à la lumière du canal.

Les glandes de Lieberkühn, au-dessus de cette couche, sont souvent aussi hypertrophiées à l'extrême, tandis que les couches musculeuses de l'appendice prennent part au même processus d'hypergénèse élémentaire.

D'ordinaire, la totalité du tissu conjonctif interglandulaire comme intermusculaire est sclérosée. Le péritoine appendiculaire peut cependant, dans ces cas, demeurer libre autour de l'organe.

Les atrophies diffuses, dans les appendicites chroniques, représentent une façon de lésion terminale plutôt exceptionnelle. La disparition des glandes muqueuses, des follicules eux-mêmes et des muscles est suivie fréquemment d'une adipose interstitielle exubérante plus ou moins généralisée. Le mécanisme de cette hyperplasie interstitielle ressortit également aux processus lymphangitiques antérieurs.

L'ensemble des altérations précédentes démontre, pour une part, l'individualité particulière de l'organe appendiculaire. L'anatomie paihologique de l'appendice, vermiforme, ce véritable *cœcum du cœcum*, a quelque chose de spécial, qu'on ne retrouve nulle part ailleurs. La structure microscopique de l'organe, sa position, ses nombreuses malformations doivent, sans contredit, entrer en ligne de compte, dans l'étude pathogénique de ses lésions inflammatoires.

**Appendicite et grossesse.** — M. Legendre rapporte l'observation d'une jeune femme qui pendant plusieurs années fut prise de coliques appendiculaires; l'une d'elles eut lieu au cours d'une grossesse qui se termina normalement. Devenue de nouveau enceinte, elle présenta les signes d'une appendicite aiguë; la crise se termina sans péritonite généralisée. Pour éviter le retour de semblables accidents, elle fut opérée à froid pendant sa grossesse par M. Walther, qui trouva l'appendicite perforé à sa base et le réséqua. La grossesse continua normalement son cours et la malade est aujourd'hui complètement guérie.

M. Legendre communique à la suite de ce fait une statistique de 25 cas d'appendicite qu'il a pu suivre pendant plusieurs années).

1 cas non opéré s'est terminé par la mort (péritonite par perforation généralisée.

15 cas non opérés sont restés guéris, sans rechutes depuis 10 à 4 ans.

7 cas opérés à froid sont restés guéris.

2 cas opérés d'urgence pour péritonite généralisée se sont terminés par la mort.

M. Legendre conclut de ces faits que la résection à froid de l'appendice est bénigne, dangereuse au contraire dans une période inflammatoire; qu'il est bon d'intervenir après la première atteinte, lorsque le diagnostic est aussi certain que possible.

Les purgatifs lui semblent d'un emploi dangereux, contrairement à ce qui a été dit par M. Lucas-Championnière, dans les crises aiguës, il est partisan de la diète absolue, de l'opium et de la glace sur le ventre.

Digitized by Google

Quant à l'étiologie de l'appendicite, elle est fort complexe. La folliculite, qui semble en être la lésion mitrale, est la conséquence de causes nombreuses, parmi lesquelles il faut noter en première ligne la dyspepsie et sa compagne fidèle l'entéro-colite muco-membraneuse. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 31 mars 1897*

**Intervention chirurgicale dans l'angio-cholite infectieuse.** — M. Quenu rapporte l'observation d'une femme de 43 ans, souffrant depuis dix-huit mois d'accidents rappelant la colique hépatique avec accès passagers de fièvre vespérale. Au moment de son entrée à l'hôpital Cochin, en mai 1896, elle présentait une teinte subictérique des tissus, de l'amaigrissement, de la fièvre variant de 38°5 à 40°, un foie et une rate volumineux. En juin, la situation était loin de s'améliorer, malgré le traitement médical : facies typhique, douleurs dans tout le ventre, ictère, grosse rate et foie énorme, selles décolorées, urines foncées sans sucre ni albumine. Température : 38°5.

Le 22 juin, M. Quenu pratiqua la laparotomie, ne trouva pas de calculs ni dans la vésicule, ni dans les canaux cystique et cholédoque, et créa une fistule biliaire cutanée. Dès le soir, la température tomba à la normale pour ne plus s'élever, l'état général s'améliora de jour en jour ; une bile foncée s'écoulait par la fistule, renfermant de nombreux coli-bacilles ; sa sécrétion était de 350 grammes par jour. Les matières fécales reprirent progressivement leur teinte brune ; le foie recouvra son volume normal, et trois mois après l'opération la fistule était fermée et la malade entièrement guérie.

**Désarticulation du pied par le procédé de Syme.** — M. Kirmisson fait un rapport sur une désarticulation du pied d'après ce procédé, pratiquée par M. Potherat. Le moignon de l'opéré est épais, bien rembourré et permet une marche facile. Tout en louant cette méthode, M. Kirmisson préfère la désarticulation du pied par le procédé de Pirogoff, qui permet la conservation du calcaneum, lorsque cet os est sain, et donne une base plus solide au moignon. — H. M.

## ACTUALITÉ

### L'œuvre des hôpitaux marins

« Cette œuvre a pour but de recueillir, soulager et guérir les innombrables pupilles de l'Assistance publique des départements, ceux qu'on appelait autrefois les enfants trouvés, et qui, nés dans des conditions sociales et matérielles profondément misérables, doivent, pour la plupart, à ces conditions mêmes, quand ils n'en ont pas apporté le germe en naissant, le développement de ces maux dont le nom seul inspire au public autant de répulsion que de pitié : le rachitisme, la scrofule et la tuberculose.

Or, ces maux si variés dans leurs formes, le traitement marin parvient à les guérir, et d'enfants chétifs, malingres, déformés, il réussit à faire, en redressant leurs membres, cicatrisant leurs plaies sanieuses, relevant leur constitution, des sujets valides, capables de travailler et de servir le pays.

Et ces résultats, si remarquables et si précieux, constatés au sanatorium de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales) et à celui de Saint-Trojan (Ile d'Oléron), appartenant tous les deux à l'Œuvre, c'est la mer seule qui les fait obtenir, et qui, en pénétrant ces corps débiles et chétifs, purifie leur sang, élimine les éléments mauvais qu'ils doivent à l'hérédité ou à la misère et, peu à peu, leur donne la stature, le poids et la vigueur.

Un comité de dames a été constitué afin de coopérer au succès de cette œuvre si humanitaire, sous la présidence de Mme Félix Guyon qui a été chargée de faire un appel à la grande famille médicale de France. »

Cet appel sera entendu, nous en avons la certitude. Car il s'agit d'une « œuvre humanitaire » par excellence ; tous les médecins voudront s'y associer, et dès aujourd'hui nous adressons en leur nom à la présidente de l'œuvre, à Mme Félix Guyon, l'hommage de la plus vive et de la plus respectueuse reconnaissance pour tout le bien qu'elle a déjà fait et pour celui qu'elle fera encore. Elle sera aidée dans cette œuvre par tous les médecins. — H. H.

### Nouveaux membres du comité de rédaction

Comme on le verra à la première page, les noms de MM. Balzer, Barth, Giraudeau, Hallopeau, E. Hirtz, Robin, médecins des hôpitaux, et de Laveran membre de l'Académie de médecine, sont ajoutés sur la liste des membres du comité de rédaction du *Journal des Praticiens*. Nous sommes heureux de souhaiter cordialement la bienvenue à nos nouveaux et distingués collaborateurs, et de les remercier bien sincèrement de l'honneur qu'ils nous font. Aujourd'hui, le nombre des membres du comité de rédaction est porté à 53, parmi lesquels 25 médecins des hôpitaux, 12 chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux, 16 anciens internes ou chefs de clinique de la Faculté.

Notre œuvre s'améliore et progresse ainsi de jour en jour, et nous voyons par le nombre *considérable* de nouveaux abonnés de cette année, que nous sommes dans la bonne voie, utile aux praticiens. A partir d'aujourd'hui, sur la demande de nos lecteurs, le journal est cousu, et d'autres améliorations suivront pour obéir à notre constante pensée : *de mieux en mieux*.

### Nécrologie

Lundi dernier, ont eu lieu les obsèques de M. le Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants. Le nombre considérable d'amis, de collègues et d'anciens élèves qui assistaient à cette triste cérémonie, a montré quelle haute estime et quelles grandes amitiés notre pauvre collègue avait su inspirer pendant sa vie, si bien remplie et si honorable. Triste ironie des choses ! le docteur de Saint-Germain, l'homme gai, affable, plein d'entrain... meurt de chagrin, du coup moriel que lui a porté la mort de son cher fils, Pierre de Saint-Germain, médecin de marine à Madagascar. Nous envoyons à sa veuve, femme de vaillance et de cœur, et à ses chers enfants, l'hommage de notre douloureuse et respectueuse sympathie. — H. H.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEFER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le Dr E. POTHERAT

## Appendicite suraiguë

Nous allons opérer dans quelques minutes un malade, arrivé dans le service pendant la nuit dernière avec le diagnostic de hernie étranglée. Ce diagnostic est erroné ; l'affection réelle est toute autre; du moins, je crois pouvoir vous le démontrer ; vous verrez que le pronostic n'en est pas moins grave, et que l'intervention, dans l'hypothèse que je vais invoquer, s'impose sans retard, et même qu'il y eût eu grand avantage à la faire plus rapide.

Ce malade est un jeune homme de 15 ans, vigoureux d'apparence, et exerçant, en effet, un métier fatigant. Il y a quatre jours, sans raison, il est pris de douleurs abdominales vives, s'accompagnant de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, porracés même. En même temps il y aurait eu une suppression complète des matières et des gaz; enfin un médecin appelé aurait constaté l'existence d'une hernie inguinale droite. Ces différents symptômes conduisirent tout naturellement ce confrère au diagnostic de hernie étranglée, et ne voulant pas s'attacher à un taxis inutile le plus souvent, dangereux parfois, il envoya le malade dans notre service pour y être opéré. C'était pendant la nuit dernière, l'interne de garde constata effectivement la présence d'une hernie inguinale avec un appareil symptomatique rappelant l'étranglement; mais ayant fait une tentative légère de taxis, il vit la hernie se réduire aisément.

Cette réduction n'amena en aucune façon la sédation espérée ; vous avez pu en juger par l'état que présente le malade et qui est le suivant : le facies est caractéristique d'une affection abdominale aiguë ; la peau est terreuse, l'œil vitreux profondément enfoncé sous l'orbite ; la paupière inférieure est cerclée d'un arc bistré ; les pommettes sont cyanosées, les lèvres bleuâtres. Le ventre est ballonné modérément, mais uniformément ; à la palpation, la paroi abdominale présente deux caractères importants : elle est *tendue*, non par *dilatation*, mais par *contraction*; de plus, cette contraction s'accuse davantage sous la pression de la main ; il y a là un état particulier que l'on a très justement qualifié de *vigilance musculaire*.

Cette palpation éveille des douleurs en tous les points du ventre, autant *à gauche* qu'*à droite* ; un peu plus toutefois *autour de l'ombilic*. Les anneaux herniaires sont libres ; l'orifice inguinal interne paraît plus douloureux *à droite* qu'à gauche ; les testicules remontent dans le canal, mais on peut facilement les faire descendre. La percussion révèle *partout* de la sonorité, et même du tympanisme; mais j'insiste sur ce point, cette sonorité est aussi nette, plus nette même au niveau de la fosse iliaque droite que de la fosse iliaque gauche.

Les douleurs spontanées sont très vives; le malade pousse des gémissements incessants; il nous supplie de l'opérer. Ses plaintes sont entrecoupées de hoquets et de vomissements fréquents et abondants de matières liquides, noirâtres, rappelant par la couleur les vomissements fécaloïdes, mais *sans odeur*.

L'état général est grave ; je vous ai déjà indiqué l'aspect de la face ; j'ajoute que les extrémités sont glacées, et que le pouls est filiforme et très fréquent ; selon toute apparence, la mort est une question d'heures.

Tels sont les faits ; il s'agit maintenant de les interpréter. L'idée de hernie étranglée doit évidemment être abandonnée ; sans doute il y avait une hernie, mais peu tendue, elle a pu être réduite facilement, et l'examen attentif du canal inguinal à droite et de son orifice interne permet d'affirmer qu'il n'y a pu avoir réduction en masse ; au reste, l'interrogatoire nous a permis de savoir que l'arrêt des gaz n'a pas été complet, et, en outre, le malade a eu ce matin une selle semi-liquide de matières provenant certainement d'un point élevé de l'intestin. Qu'est-ce donc alors ? Une appendicite suraiguë avec perforation de l'appendice. Ce diagnostic peut vous paraître hypothétique ; vous allez voir comment on peut le justifier. Tout d'abord les douleurs, les vomissements, le facies, l'état de l'abdomen nous permettent de dire qu'il y a là péritonite par perforation. Le refroidissement des extrémités, l'abaissement ou tout au moins l'absence d'élévation de la température, n'appartiennent qu'à cette variété; or, actuellement, la température axillaire est inférieure à 37°, et nous savons, d'autre part, que le malade pendant les quatre jours de maladie n'a pas dépassé 37°,2.

Cette *hypothermie*, ou cette *athermie* sont constantes dans l'appendicite suraiguë. Vous avez pu le constater chez la petite fille que nous avons opérée, il y a huit jours, et qui, guérie, est encore couchée au lit n° 16 de la salle Bouvier. Elle n'était malade que depuis deux jours et cependant elle avait déjà même facies, même paroi abdominale, même vigilance musculaire, même pouls petit, fréquent, mêmes vomissements, et un refroidissement marqué des extrémités. Nous l'avons opérée, et son appendice n'était pas encore perforé, mais boudiné, distendu et présentant déjà une altération avancée de sa paroi en divers points. Or, la température, chez cette enfant, ne dépassait pas 37°, malgré tous les symptômes d'une péritonite à marche rapide. Je pourrais vous citer de nombreux cas analogues, empruntés aux publications périodiques, aux discussions des sociétés savantes, ou à ma pratique personnelle qui comporte déjà un chiffre respectable de faits et dans lesquels la température a présenté cette particularité.

Mais, me direz-vous, la fosse iliaque droite ne présente ni empâtement, ni plastron, ni même de matité. La douleur y est vive sans doute, mais elle l'est tout autant à gauche, et plus même autour de l'ombilic ; enfin le point spécial de Mac-Burney, situé sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale, ne paraît pas ici particulièrement douloureux.

Digitized by Google

A cela je vous répondrai que vous vous préparez de cruels mécomptes si vous attendez l'apparition de ces symptômes pour porter votre diagnostic et, partant, pour opérer. Sauf le cas, *très rare*, où l'appendice se trouve relevé au devant du cæcum, et relié à une masse importante d'épiploon, vous n'observerez, le plus souvent, aucun de ces signes, dans l'appendicite aiguë oú suraiguë. — Mais au moins, objecterez-vous, devrait-il y avoir un boudin cæcal — Je ne voudrais pas nier absolument ce boudin, comme le fait M. Routier, cependant, je reconnais que, le plus habituellement, il n'existe pas à la palpation; qu'il y a là une simple apparence due à l'état de la paroi abdominale. Néanmois, la dilatation cæcale existe; elle est modérée, ainsi qu'on le constate après la laparotomie; elle se traduit cliniquement par une *sonorité exagérée* qui est très nette ici, surtout si l'on compare avec le côté gauche.

Malgré la valeur inductive de ces différents phénomènes, et surtout de l'état thermique du malade, j'avoue que je serais en droit de rester très hésitant, et de vous laisser vous-mêmes très indécis sur la valeur du diagnostic que j'ai posé, si je n'avais recueilli, dans ce cas, deux phénomènes, auxquels j'attache, personnellement une importance capitale parce qu'ils ne m'ont jamais trompé jusqu'ici, et qu'ils m'ont permis d'affirmer le diagnostic dans des cas où il y avait réellement peu de symptômes, même de probabilités. Ces deux phénomènes sont la *vascularisation anormale* de la paroi abdominale dans la région inguino-iliaque droite et l'*œdème* de cette paroi. Je vous ai fait remarquer tout à l'heure combien les vaisseaux sous-cutanés, tributaires de la sous-tégumentaire abdominale, et de la circonflexe iliaque, sont plus apparents à droite qu'à gauche chez notre jeune malade. Vous avez pu constater aussi que la pression de la pulpe du doigt laissait dans la peau, à ce niveau, une empreinte très fugace sans doute, mais indéniable, et qu'il m'a été impossible de reproduire à gauche.

Cette *vascularisation* et cet *œdème* sont pour moi suffisants pour affirmer qu'il y a appendicite en l'absence de tout autre symptôme de localisation au cours d'une péritonite avec hypothermie ou faible élévation de la température et à marche rapide. C'est grâce à ces deux signes, et à eux seuls, que j'ai pu vous affirmer le diagnostic d'appendicite chez la petite opérée dont je vous parlais tout à l'heure. Ce sont eux encore qui m'ont conduit au diagnostic exact chez une autre petite fille de dix ans, et que j'ai opérée en province, il y a quelques semaines, et chez laquelle j'ai trouvé une péritonite suppurée très étendue, ayant pour point de départ une appendicite perforante. Plus apparents, plus nets chez l'enfant qui a la peau plus blanche et plus fine, ils existent également chez l'adulte et le vieillard, ainsi que j'ai pu le constater dans plusieurs cas, et notamment tout récemment chez un homme de 61 ans, et chez une femme de 35 ans.

En résumé, de l'analyse des signes recueillis par l'examen, il résulte pour moi cette opinion que notre malade est atteint d'une appendicite perforante avec péritonite. En conséquence, l'intervention s'impose, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles elle se présente; mais nous n'avons pas le choix; toutefois s'il nous avait été donné d'observer le malade plus tôt, c'est au bout de 48 heures que nous l'aurions opéré, car les symptômes que je vous indiquais plus haut, et en particulier la vascularisation anormale et l'œdème existent déjà, et le diagnostic peut être fait, dès ce moment; et je n'ai pas besoin d'ajouter que l'intervention précoce présente beaucoup plus de chances de succès.

*Nota.* — L'opération faite de suite a confirmé pleinement le diagnostic porté; à l'ouverture du péritoine, faite au niveau de la fosse iliaque droite, il est sorti de la sérosité puriforme en abondance; l'épiploon recouvrait le cœcum, il fut libéré et réséqué; on put alors constater qu'il y avait du pus jusque dans l'excavation pelvienne. L'appendice fut trouvé au-dessous et en arrière du cœcum, en position normale; il fut libéré et réséqué à sa base; il portait trois perforations, dont une très grande près de son extrémité libre. Un coprolithe, du volume d'un haricot, existait sur ce point. Après lavage et toilette aussi soigneuse que possible des anses intestinales, le drainage fut assuré avec 2 gros drains et 3 mèches de gaze stérilisée.

# THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## Indications thérapeutiques du glaucome (1)

Par le Dr A. Terson
*Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu*

Le traitement repose sur un *ensemble* de moyens, variables suivant la variété de glaucome, mais destinés tous à abaisser la *tension intra-oculaire*.

Il faut d'abord *éviter*, avant tout, les mydriatiques (W. Jones, de Graefe), atropine et même cocaïne, qui peuvent, sur des yeux prédisposés, provoquer un accès de glaucome.

Les *myotiques*, déplissant l'iris et dégageant l'angle iridien, seront systématiquement employés (esérine, pilocarpine).

Quant aux opérations recommandables, les sections sclérales et l'iridectomie ont seules fait leurs preuves. Nous allons maintenant étudier leurs indications dans les diverses formes du glaucome.

1° Glaucome aigu. — Seule, une opération hâtive peut guérir le glaucome aigu. Tous les autres moyens ne doivent servir qu'à permettre de l'exécuter dans de bonnes conditions, car elle est souvent d'une exécution particulièrement délicate.

On tâchera de détendre l'œil pendant un jour environ par des instillations d'éserine toutes les deux heures. Une

(1) Extrait du tome V (sous presse) du *Traité de chirurgie* dirigé par MM. Le Dentu et P. Delbet; J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Digitized by Google

paracentèse cornéenne peut être aussi très utile, mais elle est fort douloureuse et difficilement acceptée par le malade, comme opération préparatoire.

La *sclérotomie* ne jouerait ici qu'un rôle très momentané, et on doit lui préférer l'iridectomie.

Certains chirurgiens, pour faciliter l'iridectomie, ont fait une paracentèse du corps vitré, quelques jours auparavant : on n'aurait recours à cette pratique que si l'iridectomie était manifestement impossible, malgré l'emploi des moyens précédents, la chambre antérieure étant à peu près disparue.

L'iridectomie antiglaucomateuse nécessitera souvent le chloroforme ; la cocaïne ne pénétrant pas dans l'œil hypertendu et l'indocilité fatale du malade exposant à une mauvaise exécution de l'iridectomie et à la perte ultérieure de l'œil par récidive du glaucome.

Comme le conseillait de Graefe, l'incision en haut devra porter à 1 millimètre du limbe, dans la scléro-cornée. Elle sera faite à la lance qui permet d'assurer cet emplacement exact : tandis qu'avec le couteau de Graefe, on ne sait pas toujours si l'on pourra ressortir exactement à l'endroit voulu. On n'emploiera le couteau de Graefe que si l'état de la chambre antérieure ne permet absolument pas l'usage de la lance. L'iridectomie sera en tous cas aussi périphérique que possible, et on l'a même exécutée par une plaie de sclérotomie (scléro-iridectomie de Terson père).

On fera une large iridectomie en U en arrachant (Bowman) même l'iris et en le coupant en deux ou trois coups de ciseaux, puis on réduira avec soin les bords de l'iris et on instillera des myotiques.

On ignore l'action exacte de l'iridectomie ; cependant l'efficacité de la plaie sclérale seule permet de penser qu'une part de son effet revient à la *filtration de la plaie* (cicatrice à filtration, de Wecker). Le dégagement de l'angle irien à son niveau peut expliquer aussi une partie de son action. On a souvent remarqué que sur les yeux énucléés par *glaucome absolu ayant résisté à l'iridectomie, la base de l'iris était restée en place, bouchant l'angle de filtration ;* mais il est probable que c'est pour cette raison que ces glaucomes avaient résisté à l'iridectomie, et que l'iridectomie a agi, dans les glaucomes *guéris* par elle, précisément en dégageant cet angle irien, laissé obstrué dans les glaucomes non *guéris* et amenés, par son insuccès, à l'énucléation. Weber, de Vincentiis pensent aussi que la traction de l'iris pendant l'iridectomie, déplisse et dégage le *reste* de l'angle iridien.

S'il y a récidive ultérieure de glaucome, on fera la réouverture (à la pique) de la cicatrice (oulétomie de Panas) et en cas d'insuccès, une iridectomie périphérique en sens opposé. (De Graefe.)

Les accidents de l'iridectomie peuvent être des hémorragies intra-oculaires, qui, si elles sont peu abondantes et s'il n'y a pas luxation du cristallin, peuvent se résorber. La cicatrisation *cystoïde*, avec possibilité d'infection ultérieure, existe quelquefois : sa fréquence sera diminuée par l'usage méthodique du bandeau compressif. On a pu voir aussi le cristallin s'opacifier, sans blessure démontrée de la cristalloïde, probablement par ébranlement.

A condition de la faire de bonne heure et bien sclérale, l'iridectomie antiglaucomateuse est une opération d'une efficacité démontrée dans le glaucome aigu : il n'en est pas toujours de même dans les autres variétés de glaucome.

2° Glaucome hémorragique. — On évitera systématiquement l'*iridectomie*, dont l'inefficacité et les dangers sont des plus réels ici. On pratiquera la *sclérotomie* antérieure, et, s'il y a insuccès, on la répétera en divers sens, tant qu'un certain degré de vision persistera. Si la vision est perdue, on fera de temps à autre des ponctions équatoriales et si elles ne procurent qu'une amélioration par trop passagère, l'ablation totale ou partielle du globe reste seule indiquée.

3° Glaucome absolu. — On suivra, en cas de glaucome absolu, la pratique des ponctions équatoriales, en piqûre de sangsue, faites avec le couteau de Graefe et fréquemment au même point (Terson père), avant d'en venir, s'il y a lieu, à l'ablation de l'œil. L'*arrachement du nerf sus-orbitaire* (Badal) a été recommandé, au moins comme atténuation des douleurs. Il ne faut pas rejeter d'emblée les ponctions sclérales qui ont donné de nombreux succès aux chirurgiens du XVIII^e siècle (Nuck, Woolhouse, Guérin) et à de nombreux opérateurs contemporains. Ce qu'il faut absolument éviter, c'est la section *large* du globe, qui n'a rien de commun avec les *ponctions* au couteau de Graefe, exécutées opportunément.

La reprise de l'opération du XVIII^e siècle, à notre époque (de Luca, Nicati, Parinaud), a certainement été justifiée. On a aussi pratiqué l'ablation d'un lambeau scléral (sclérectomie de Parinaud), voire l'aspiration intra-oculaire renouvelée du trocart de Woolhouse et le drainage de l'œil, mais ces opérations n'ont pas donné de résultats sur lesquels on puisse compter.

4° Glaucome chronique simple. — Ici, probablement à cause de la faible tension du globe et peut-être aussi à cause de différences profondes de pathogénie, l'*iridectomie* est souvent *suivie* d'un *abaissement définitif de la vision*.

On ne la fera donc que si le glaucome résiste aux moyens suivants.

Les *myotiques*, en collyres ou en pommade, seront ici employés systématiquement *plusieurs fois* par jour (Cohn, Panas). On préférera la pilocarpine à 1/100 à l'ésérine, dont l'usage constant est douloureux et irritant. On peut y joindre le bromure de potassium et la quinine (Abadie). On continuera ces remèdes pendant plusieurs mois, si la situation s'améliore. Si la tension augmente peu à peu, en même temps que le champ visuel se rétrécit, on pratiquera une sclérotomie *antérieure* de la façon suivante.

La sclérotomie (paracentèse sclérale) proposée d'abord par de Wecker (1867) exécutée à la lance par Stellwag et Quaglino, doit être pratiquée suivant le procédé de Wec-

Digitized by Google

ker. Elle se fait avec un couteau de Graefe de moyenne dimension ou avec un couteau légèrement *courbe* qui m'a paru faciliter encore la section, et se compose d'une ponction et d'une contre-ponction pratiquées au niveau du quart supérieur de la cornée, à un millimètre en dehors du limbe. Si l'on fait l'opération plus bas, on s'expose à des enclavements iriens. On laisse un *pont scléral médian* que l'on érode légèrement dans sa partie profonde, avec le tranchant du couteau, en abaissant son manche, lorsqu'on retire la lame. On applique la compression ouatée pendant deux ou trois jours, puis on continue les myotiques. Il est préférable de faire les deux petites plaies à pont médian avec le couteau de Graefe (procédé de Wecker) qu'une seule plaie avec la lance, plaie plus large et exposant aux enclavements. M. Parenteau a imaginé une pique bifide pour obvier à l'inconvénient de la lance ordinaire : mais l'usage de cet instrument ne s'est pas répandu.

Il faut pas hésiter à répéter *plus tard, en divers sens* la sclérotomie, si la tension remonte.

On ne fera l'iridectomie dans le glaucome simple qu'après insuccès des myotiques, sclérotomies *répétées*, et non si une seule sclérotomie ne donne pas le résultat désiré.

Il faut reconnaître cependant que, malgré tout, la marche du glaucome chronique est souvent maligne, et que le champ visuel se rétrécit peu à peu, encore que la tension paraisse souvent revenue à un état normal définitif.

Enfin on fera suivre au glaucomateux une hygiène qui lui interdise toute émotion, tout effort pouvant provoquer des crises. On énucléera tout moignon (Abadie) pouvant par des douleurs aider à la formation d'un glaucome sur l'œil opposé, toujours prédisposé ; mais on ne se pressera pas de pratiquer l'*iridectomie préventive* (Fieuzal) sur l'œil resté sain, vu que rien ne prouve qu'elle ait, dans ces conditions, une action quelconque, mais on instillera de l'érésine ou de la pilocarpine pendant une quinzaine de jours, *dans l'œil non opéré*, avant et après l'iridectomie de l'œil opposé.

5° Glaucome secondaire. — Dans le glaucome secondaire aux leucomes adhérents, de larges iridectomies sont indiquées : en cas d'impossibilité, on pratiquera la sclérotomie rétro-iridienne (*irido-sclérotomie* de Panas). L'iridectomie sera de règle dans toute occlusion pupillaire avec hypertension, de même que l'extraction du cristallin pour le glaucome qui accompagne la luxation du cristallin.

La sclérotomie, proposée en cas de simple subluxation, sera remplacée, s'il y a lieu, par la même conduite thérapeutique.

Il faut reconnaître que la thérapeutique du glaucome secondaire est le plus souvent décevante et que les ponctions sclérales précèdent quelquefois de bien près les amputations partielles ou totales du globe oculaire.

6° Buphtalmie. — Il s'agit d'un état qui s'accompagne avant tout d'hypertonie : c'est dire que les myotiques sont recommandables. Mais ils sont également insuffisants. L'*iridectomie*, malgré l'avis de quelques auteurs, sera *systématiquement rejetée* d'emblée, vu les hémorragies profuses, la déchirure spontanée, presque fatale de la zonule distendue et l'atrophie du globe, qu'elle a maintes fois entraînées. On fera d'abord, non pas des paracentèses cornéennes, mais des *sclérotomies*. Quand trois ou quatre de ces opérations auront échoué, on pourra être autorisé à tenter une *petite iridectomie*. Si l'œil devenu staphylomateux ne gêne que par son volume, les sclérotomies équatoriales sont recommandables, avant d'en venir aux résections partielles ou totales ; on s'abstiendra des injections iodées que l'on a recommandées pour atrophier le globe (Nimier et Despagnet). Si la cornée est opaque, on fera le traitement de la kératite parenchymateuse.

En somme, l'iridectomie et la sclérotomie ont provoqué quelquefois des revers désastreux, bientôt suivis d'atrophie du globe (Panas). On s'en tiendra donc, le plus longtemps possible, à la seconde opération combinée à l'emploi des myotiques.

# ÉTUDE DE CLINIQUE MÉDICALE

## Coxalgie hystérique

Par le Dr Breton (de Dijon)
*Ancien interne des hôpitaux de Paris*

Le 5 février 1895 se présente dans mon cabinet une robuste fille de 28 ans, grande de taille, bien musclée et bien constituée, portant tous les signes extérieurs de la meilleure santé. Elle vient consulter pour une douleur localisée à la hanche gauche qui l'empêche de marcher et lui cause de la claudication. Cette femme exerce la profession de couturière et, comme toutes ses pareilles dans ce métier, a de longues périodes de surmenage et de veilles.

Questionnée sur ses antécédents, voici ce qu'elle apprend.

Son père, âgé de 67 ans, vit encore. Il est enclin aux crises de nerfs qui sont provoquées par des émotions ou des contrariétés. Sa mère, qui a 63 ans, est un peu nerveuse et émotive, mais sans exagération.

Elle a deux frères, dont l'un n'a aucun stigmate nerveux, dont l'autre est d'un caractère très emporté et très coléreux. Une sœur n'est nullement nerveuse.

Ses grands-parents n'offrent à signaler que de l'hystérie chez la grand'mère maternelle.

Une de ses tantes maternelles a perdu un enfant de méningite. Son oncle paternel est un nerveux irritable à l'excès.

Personnellement, elle eut une varioloïde à 13 ans. Ses premières règles apparurent à 13 ans 1/2, mais furent toujours irrégulières. A 22 ans, elle fut soignée pour une chloro-anémie.

Digitized by Google

La maladie, pour laquelle le sujet de cette observation se présente, remonte à six ans. Elle a débuté, sans cause connue, par une douleur dans le genou gauche, cette douleur a été tenace et a persisté jusqu'à ce jour.

Puis, de cette localisation unique et persistante, la douleur apparut et se fixa également dans la hanche gauche, à dater de mars 1894. Cette douleur avait des périodes d'exacerbation, et la malade se souvient qu'en mai 1894 principalement elle souffrit beaucoup.

La douleur, d'abord sourde, devient parfois insupportable, quand la malade marche. D'ailleurs, par suite de cette douleur, elle boite; si elle persiste, la jambe fléchit et à ce moment toute progression devient impossible. La malade ne peut fournir une marche correcte que pendant 20 minutes. En se forçant, elle arrive péniblement et en souffrant de plus en plus à marcher pendant une heure ou une heure et demie, mais c'est un maximum. A ce moment paraît la contracture des muscles de la cuisse, la jambe fléchit et la jeune femme doit s'arrêter et s'asseoir. Elle a réclamé, dès le début, des soins médicaux. Ce furent d'abord des applications réitérées de teinture d'iode sur le genou; puis, en mai 1894, elle fut traitée comme une coxalgie vraie, par l'immobilisation absolue au lit avec traction de 4 kilogr. sur le membre inférieur. Au 28 août 1894, on lui permit de marcher un peu. Mais comme les mêmes troubles reparurent, elle fut encore immobilisée. Durant ces périodes d'arrêt absolu et de séjour au lit complet, elle accuse un état nerveux très prononcé qui a pris le dessus jusqu'à ce jour. Cette surexcitation nerveuse trouva encore un aliment favorable dans des tentatives réitérées d'hypnotisme, qui n'aboutirent qu'à l'exaspérer et ne la soulagèrent jamais. Les premières séances remontent au mois de juillet 1894, reproduites en août, et récidivées maintes fois en septembre de la même année.

Son état mental allait de pair avec sa surexcitation nerveuse, car, ayant reçu en juin 1894 une piqûre de morphine pour une violente céphalée, elle tenta de s'empoisonner deux fois avec l'opium. Elle prit de suite onze pilules de 0 gr. 05 d'extrait thébaïque, et comme cette tentative échoua, elle la renouvela en absorbant 125 gouttes de laudanum de Sydenham. Elle fut malade et ce fut tout.

En quatre mois, elle se fit huit injections de morphine pour les moindres motifs. Lassée et découragée elle abandonna tout traitement depuis le mois de janvier 1895. Elle ne garda que la funeste habitude de prendre journellement de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 d'extrait thébaïque.

Telle est la malade soumise à notre examen. Ses cheveux sont châtains; ses dents sont fort bonnes et très belles. Bien conformée, elle n'a aucune difformité du système osseux, aucune cicatrice sur le corps.

Questionnée sur son état nerveux, elle s'est toujours connue une fille très émotionnable, très vive, très emportée. Sa première grande crise nerveuse remonte au mois de mai 1894, lors de la première visite médicale qu'elle subit. La seconde grande crise eut lieu en août 1894 et à la suite, elle conserva pendant quelque temps des hallucinations de la vue : elle était poursuivie par un chien noir, imaginaire. Elle eut également des troubles auditifs sous forme de bourdonnements d'oreilles. Trois autres grandes crises eurent lieu pendant le mois de septembre et d'octobre. Mais outre ces grandes attaques qui font date dans sa vie, elle se souvient que journellement elle avait de petites crises. Les motifs provocateurs sont rattachés à des causes variées.

Voici les stigmates hystériques constatés lors du premier examen du sujet :

1° Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche;

2° Abolition du réflexe pharyngien ou chatouillement;

3° Pupilles ordinairement dilatées; elles réagissent bien à la lumière et l'accommodation. Mais il y a un rétrécissement concentrique du champ visuel plus accusé à gauche. Pas de dyschromatopsie à l'échelle des couleurs;

4° Points douloureux à la pression, sus et sous-orbitaires;

5° Clou hystérique;

6° Points douloureux, à la pression, péri-mammaires;

7° Ovarialgie double, mais plus accusée à droite. La pression de la région de l'ovaire droit provoque la sensation de boule à la gorge, l'étranglement; en la continuant on causerait une crise;

8° Zone hystérogène sous-scapulaire droite.

9° Quelques zones douloureuses et peut-être hystérogènes le long des apophyses épineuses de la colonne vertébrale;

10° Coccydynie si intense, que la station assise est toujours gênée et parfois impossible.

Cœur normal.

Poumons sains.

Quant au tube digestif, il offre des symptômes divers. L'estomac est dilaté, les digestions sont pénibles. Souvent une tympanite abdominale éclate presque soudain, persistant plusieurs jours et simulant une grossesse de six mois, dit la malade, à son grand désespoir.

Constipation de règle. Ne peut-on voir dans la répétition journalière des désordres nerveux une auto-influence toxique, par empoisonnement intestinal continu?

*Examen du membre inférieur gauche.* — Il n'y a ni atrophie musculaire, ni attitude vicieuse, quand la malade est allongée. La mensuration n'indique ni allongement ni raccourcissement. Au commandement et sans difficulté, sans la moindre douleur, elle lève l'un et l'autre membre inférieur avec autant d'aisance. L'examen minutieux du flanc et de l'aine gauches ne justifie pas la douleur qui se trouve localisée en cette dernière région. Au palper, l'aine gauche est simple et non douloureuse. Les pressions ou les chocs exercés sur le grand trochanter ne déterminent aucune douleur. L'exploration de la région fessière est négative. Les mouvements communiqués de

Digitized by Google

l'articulation de la hanche se font bien : c'est ainsi que s'exécutent sans souffrance et sans crépitation profonde les mouvements d'élévation, d'abduction, d'adduction et de circumduction. Seule l'abduction se trouve être un peu limitée par une contracture très nette des muscles.

Aucune douleur n'est provoquée par les pressions ou les chocs sur le genou ou le talon, en agissant de bas en haut.

Pas d'ensellure de la colonne vertébrale.

La malade debout, on ne constate *de suite* ni l'abaissement du pli fessier, ni l'attitude vicieuse de la colonne vertébrale; les épines iliaques antérieures et supérieures sont sur le même plan horizontal. Mais quand la station debout *se prolonge*, l'attitude hanchée avec flexion du genou se produit, il y a un allongement du membre apparent, le pli fessier s'abaisse, et les autres symptômes de la coxalgie vraie paraissent.

Ce genou gauche, siège d'une douleur constante accusée par la malade, n'offre absolument rien d'anormal, ni au palper, ni à la mensuration, ni dans les mouvements soit spontanés, soit communiqués.

Le toucher rectal ne permet de déceler trace de lésion osseuse dans la ceinture du bassin.

Telle est l'histoire de cette coxalgique à laquelle fut attachée l'étiquette de pseudo-coxalgie hystérique. Comme traitement : l'huile de ricin fut prescrite pour régulariser les selles. 4 à 5 gr. de KBr. *pro die*. Une douche froide quotidienne et une promenade au grand air, suivant l'état des forces. Suppression radicale de l'opium, même en cas de vives douleurs. Pour compléter l'examen de l'articulation de la hanche, le 11 février la malade fut anesthésiée au chloroforme. Le début de la narcose fut marqué par une violente crise nerveuse avec opistothonos et grands mouvements, puis le sommeil devint calme. Cet examen permit de constater l'intégrité complète de l'article en question.

La malade fut revue à la fin de février. Il y avait un peu d'amélioration. L'appétit revenait, le ballonnement abdominal était moindre et les selles se régularisaient. Le sommeil devenait meilleur, bien que l'opium eût été supprimé brusquement et que, pendant trois jours, la patiente se fût trouvée dans un état de grande anxiété.

Rassurée et confiante, elle essaya de marcher. Mais depuis quinze jours qu'elle en a fait l'épreuve, les douleurs sont devenues plus vives dans l'aine gauche. Toutefois un nouvel examen de la région fut tout aussi négatif que le premier.

Un petit vésicatoire fut appliqué avec succès à l'aine pour calmer la douleur et fut renouvelé quelquefois. Outre la médication instituée, la malade dut prendre 4 dragées de protoxalate de fer et 4 gouttes de teinture de Baumé aux deux repas de midi et du soir.

Le 31 mars, cette femme fait savoir qu'elle va de mieux en mieux. La coccydynie a disparu. L'état général s'est amélioré; la douleur au niveau de la hanche persiste, mais fortement amoindrie.

Le 6 mai, un nouvel examen peut être fait. L'état général est excellent. Cette malade a repris 17 livres de poids. Aux grands troubles nerveux ont succédé seulement des crises de pleurs fréquentes. Le météorisme abdominal est presque complètement disparu. La coccydinie n'existe pour ainsi dire plus. En revanche, la malade se plaint beaucoup de la hanche et du genou gauches. Elle a continué la marche. Son attitude debout est très hanchée. L'examen local reste négatif. En fléchissant fortement la cuisse sur le bassin, la jambe étant en flexion sur la cuisse, on ne provoque aucune douleur, aucun craquement articulaire. En opérant cette flexion, le membre en extension complète, on suscite une douleur légère sur le trajet du sciatique. Pas de sensation douloureuse à la pression ou au choc du grand trochanter. Tous les mouvements de la hanche peuvent être poussés à leurs limites extrêmes, sans être douloureux. Dans l'aine gauche persiste une vive douleur. L'exploration de la région est négative, mais la pression de la fosse iliaque détermine une ovaralgie violente. C'est peut-être le point de départ de la douleur constante et vive accusée dans la zone inguinale? Vive douleur encore à la pression des épines iliaques et de leur échancrure. Quelques vagues idées de suicide ont germé, si la guérison radicale ne peut être obtenue.

Même traitement à suivre, mais les selles doivent de plus en plus être régularisées.

Le 4 novembre, on nous apprend que la malade va bien; qu'elle a encore un peu engraissé, qu'elle peut fournir une étape de 4 kilomètres sans fatigue, qu'elle se plaint encore et surtout d'une douleur au genou gauche, mais très peu de la hanche.

Le 28 janvier 1896, la malade écrit qu'elle souffre de l'estomac, mais n'accuse plus de douleurs dans l'articulation de la hanche et ne se plaint d'aucune gêne dans la marche.

Pendant l'été de 1896, sa santé était telle que cette femme s'est mariée.

Les dernières nouvelles, datant de janvier 1897, sont bonnes à tous points de vue. Il n'est plus question de douleur de la hanche, de gêne dans la marche, la guérison est obtenue.

L'intérêt qui s'attache à ce fait clinique réside tout entier dans la longue durée de l'observation. Il ne peut y avoir d'hésitation et le diagnostic de coxalgie hystérique semble ne pouvoir être discuté.

Dès le début, elle fut prise pour une coxalgie vraie et traitée comme telle; le résultat fut l'opposé de la guérison, puisque l'état nerveux prit un développement inouï sous l'influence du repos absolu.

Le vieil adage *naturam morborum*, etc., justifie encore le diagnostic, puisqu'une thérapeutique dirigée seulement contre l'élément nerveux a mis fin à la maladie. L'évolution de cette coxalgie décèle bien également le terrain névropathique, car loin de s'aggraver par la marche, peu

Digitized by Google

à peu elle s'atténue et finit par disparaître; cette pratique eût amené des lésions sérieuses dans un cas d'ostéo-arthrite vraie et d'ailleurs elle n'eût pas été continuée longtemps.

Cette hypéralgésie articulaire démontre qu'il existe réellement des coxalgies nerveuses *sine materia*, quoique des autorités scientifiques se refusent à admettre cette modalité pathologique.

## Formulaire du Praticien

**Formules contre les complications de la tuberculose pulmonaire :**

1° *Vomissements alimentaires :*

Teinture de Drosera..... } ãã 5 grammes
— noix vomique.... }
Teinture de pulsatille..... } ãã 2 gr. 50
— Bryone..... }

De X à XX gouttes avant le repas dans un peu d'eau sucrée.

2° *Pour relever la fonction gastrique* (1) :

Extrait de feuilles de noyer.... 5 grammes
Teinture de pulsatille..... } ãã 2 gr. 50
— Bryone..... }
Chlorure d'or..... 0 gr. 03

X à XX gouttes dans un peu d'eau sucrée.

Ou bien (II) :

Essence de thym..... 0.02 ou 0.03 centigr.
Poudre de gentiane..... 0.20 ou 0.30 centigr.

Par cachet, un au milieu de chaque repas.

Ou bien (III) :

Poudre de sem. de phellandrie. 0 gr. 50 à 1 gr.

Par cachet.

3° *Contre l'anorexie* (1) :

Nitrate d'argent..... 0 gr. 50
Mica panis..... q. s.
(Pour 50 pilules)

Une à chaque repas.

Ou bien (II) :

Lactophosphate de chaux..... 15 grammes
Glycérine..... 100 —
Teinture d'iode..... IV à V gouttes
Vin de madère..... 400 grammes

A prendre un petit verre au milieu du repas.

4° *Contre la dyspnée.*

Une cuillerée matin et soir de la potion suivante :

Salycilate de soude..... 5 grammes
Iodure de sodium..... ..... 1 ou 2 —
Sulfate de spartéine.. ..... 0 gr. 50.
Sirop d'écorces d'oranges am. 0 gr. 50
Eau distillée..... 100 grammes

Prendre avec une tasse à thé d'infusion de thym ou de feuilles d'eucalyptus ou de myrte.

5° *Contre les hémoptysies* (1) :

Acide gallique..... ..... 1 ou 2 grammes
Extrait de ratanhia..... 3 —
Chlorhydrate de morphine... 0 gr. 05
Sirop de coings..... 50 —
Eau distillée..... ..... 100 —

Une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures.

Ou bien (II)

Sulfate de caféine..... } ãã 4 grammes
Benzoate de soude..... ... }
Sulfate de spartéine..... 2 —
Eau distillée..... 60 —

Une cuillerée à café dans une tasse de café noir quand il y a des troubles cardiaques.

6° *Contre les points de côté :*

Badigeonnages avec

Gaïacol..... }
Essence de thym, de lavande, de girofle..... } ãã 5 grammes

7° *Contre la pleurésie :*

Trois cuillerées à bouche par jour de la potion suivante.

Salycilate de soude..... 5 grammes
Sulfate de spartéine ..... 0 gr. 20
Teinture de cantharides..... I à III gouttes
Sirop d'écorces d'oranges am. }
Eau de fleurs d'oranger ou de tilleul..... } ãã 50 grammes

8° *Contre la laryngite :*

Fumigations et vaporisations d'infusion concentrée de feuilles de menthe ou de thym. Injections intratrachéales de solutions huileuses de menthol ou d'ichthyol à 10 0/0. — M. D.

### Posologie infantile

Ipéca. — A doses faibles, la racine d'ipéca est expectorante; elle s'emploie aussi contre la dysenterie. A hautes doses elle est vomitive.

1° Comme expectorant, on emploie l'infusion de racine d'ipéca ou le sirop de Desessartz.

De 0 à 15 mois..... 0 gr. 05 à 0 gr. 10 de poudre d'ipéca en infusion
De 15 mois à 3 ans.. 0 — 10 à 0 — 15 infusion dans 60 gr.
De 3 à 5 ans..... 0 — 15 à 0 — 25 d'eau, par jour
De 5 à 10 ans..... 0 — 25 à 0 — 30

Une cuillerée à dessert de sirop de Desessartz renferme l'équivalent d'environ 0 gr. 05 de poudre d'ipéca.

Potion contre la bronchite aiguë des jeunes enfants :

Infusion de racine d'ipéca à 0 gr. 30..... 60 grammes
Sirop de capillaire..... 30 —
Benzoate de soude..... 0 gr. 50

A prendre par cuillerées à café en un, deux ou trois jours, suivant l'âge.

On peut remplacer l'infusion d'ipéca par 60 gr. de sirop de Desessartz.

2° Comme vomitif.

Nouveau-né..... 0 gr. 10 de poudre d'ipéca
Jusqu'à 1 an..... 0 — 20
De 1 à 3 ans..... 0 — 30
De 2 à 5 ans..... 0 — 50
De 5 à 10 ans..... ..... 0 — 50 à 1 gramme

On l'administre dans du sirop d'ipéca, qui est peu actif par lui-même.

Exemple pour un enfant de 2 ans :

Sirop d'ipéca..... 30 grammes
Poudre d'ipéca..... 0 gr. 30

Administrer par cuillerées à café de cinq en cinq minutes jusqu'à vomissement énergique; faire suivre chaque cuillerée à café de la potion d'une gorgée d'eau tiède.

(1) Ces formules sont empruntées à M. le Dr Artault de Vevey.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## OBSTÉTRIQUE

**De l'influence des altérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les premiers jours qui suivent sa naissance.**

Les altérations placentaires les plus fréquentes sont les suivantes :

Les incrustations calcaires.

Les lésions syphilitiques.

Les noyaux thrombosiques.

Le placenta marginé.

Les incrustations calcaires même très prononcées n'ont aucune influence fâcheuse sur le développement du fœtus.

La syphilis exerce une action toute particulière : elle mérite d'être considérée tout à fait à part dans ses rapports avec le présent et l'avenir du produit de conception; aussi remettrons-nous son étude à une autre circonstance.

Nous nous tiendrons seulement ici à l'analyse des faits qui concernent les thromboses et les *bordures* ou *marges* du placenta (Rémond Martin, *Thèse de Paris*, 1896).

1° *Lésions thrombosiques du placenta.* — Hémorragies placentaires, hématomes, apoplexies, dégénérescences fibro-graisseuses, thromboses, sont des termes synonymes désignant les mêmes états anatomo-pathologiques. Cruveilhier, en 1828, parle de foyers apoplectiques dont le placenta est le siège. Jacquemier publie en 1839 un mémoire classique où il distingue trois variétés d'hémorragies placentaires : dans la première, le sang est *infiltré* dans un ou plusieurs lobes du placenta ; il est plus abondant sur quelques points où il forme de petits foyers remplis d'un fluide noirâtre qui prend, dans quelques cas, l'aspect d'une gelée peu consistante. La deuxième variété consiste en un épanchement de sang *collecté* dans une cavité *anfractueuse* d'où partent des prolongements dans toutes les directions. Quand ces caillots sont sur le bord du placenta, ils peuvent résulter d'une rupture du sinus circulaire. La troisième variété de Jacquemier est la plus intéressante : elle constitue la véritable apoplexie placentaire. Elle donne naissance à des foyers très *nettement circonscrits*, uniques ou multiples, de forme et de dimensions variables.

Bustamente (1868) et Carpentier (1869) portent leur attention sur les altérations placentaires.

Moir et Simpson, en 1864, soupçonnent déjà le rôle pathogénique de l'albuminurie ; Chantreuil y revient en 1879. En 1886, Fehling insiste sur les effets fâcheux des néphrites au point de vue de la marche de la grossesse et de la santé du produit. Pinard avec Rouhaud, en 1887, puis avec Cagny, en 1891, décrit le placenta albuminurique ou placenta truffé avec infarctus noirs ou blancs. Wiedow, en 1888, avait rapporté six observations d'hémorragies placentaires dues à l'albuminurie avec macération du fœtus dans trois cas, petitesse et faiblesse congénitale du nouveau né à terme dans les trois autres cas.

L'école allemande, avec Steffeck, Klein, Rossier, Krukenberg, Schatz, etc., reviennent maintes fois sur les infarctus placentaires sans éclaircir beaucoup la question.

En mettant à part les accumulations de caillots noirs qui résultent d'un décollement plus ou moins étendu du placenta, et qui se creusent par tassement, des cavités à fond lisse sur la surface utérine du placenta on trouve *dans l'épaisseur* de cet organe deux sortes d'infarctus : les noirs et les blancs. Pour les premiers, pas de discussion, c'est le foyer apoplectique typique.

Les noyaux blancs sont extrêmement fréquents et pour le dire immédiatement, ils sont dus à des causes multiples : les explications données par les auteurs sont toutes vraies, elles n'ont que le tort d'être exclusives dans l'esprit de ceux qui les ont reconnues. Brachet fait de ces noyaux blancs des produits inflammatoires et son idée est reprise par Ackermann, qui invoque la périartérite des vaisseaux fœtaux. Robin et Tarnier s'en tiennent aux données du microscope et adoptent la dénomination de dégénérescence fibro-graisseuse. Langhans admet que ces amas sont des masses fibrineuses, vestiges d'hémorragies anciennes : Pinard, Steffeck, Rossier, en recherchent l'origine dans les altérations de la caduque maternelle.

Quoi qu'il en soit, les noyaux blancs ou infarctus blancs sont des amas arrondis ou pyramidaux, de consistance assez dure, visibles et palpables sur la surface utérine du placenta; leur coupe présente une surface homogène et stratifiée. Au milieu de certains d'entre eux, on voit de petites hémorragies variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Parmi ces noyaux blancs, les uns présentent seulement les altérations dégénératives avec oblitération des vaisseaux villeux, etc.; les autres, au contraire, offrent des traces d'organisation (cellules plates, fibrilles, etc.) et des vaisseaux dont la fragilité explique les petites hémorragies signalées parfois au centre des infarctus blancs.

Que l'épithélium d'une villosité se mette à proliférer pour une raison quelconque, le sang vient battre les bourgeons ainsi formés, et y dépose de la fibrine qui devient le point de départ d'un hématome.

Le noyau rouge en vieillissant deviendra blanc.

La friabilité des vaisseaux nouveaux qui sont créés par la grossesse, l'abondance du sang qu'ils contiennent sont des causes prédisposantes aux hémorragies. L'albuminurie, les infections diverses, le traumatisme profitent de cette faiblesse originelle et en abusent. En outre, les altérations si fréquentes de la caduque maternelle expliquent aussi l'atrophie de certaines villosités qui ne trouvent pas d'aliments suffisants dans le terrain stérile où elles sont

(1) Rémond Martin, *Thèse de Paris*, 1896.

Digitized by Google

implantées. On voit donc que les noyaux rouges ou blancs du placenta reconnaissent des causes multiples.

En ce qui concerne la vie ou la santé du produit de conception, soit pendant la vie intra-utérine, soit après la naissance, tout dépend du nombre et de l'étendue des foyers thrombosiques. Depuis l'avortement jusqu'à la naissance la plus normale, on note toutes les éventualités possibles et tous les intermédiaires entre ces deux extrêmes : mort et macération du fœtus, accouchement prématuré, accouchement à terme d'un enfant petit, qui est et restera chétif, etc.

Mais il ne faut pas exagérer la gravité des noyaux blancs. Sans doute, un placenta dégénéré dans le tiers ou la moitié de son étendue, devient un réservoir nutritif et respiratoire tout à fait insuffisant pour le fœtus, qui succombe alors, ou est expulsé prématurément. Mais combien sont nombreux les enfants nés à terme, bien développés, robustes et s'élevant facilement, dont le placenta présentait deux ou trois noyaux de dégénérescence fibro-graisseuse!

2° *Placenta marginé.* — Les considérations cliniques que nous venons de faire à propos des thromboses placentaires, s'appliquent au placenta marginé. Aussi nous bornerons-nous à dire ce qu'il est, et d'où il vient.

On rencontre parfois à la surface fœtale de certains placentas, parallèlement à leur bord, à une distance variable de la périphérie, une zone blanchâtre ou grisâtre, plus ou moins développée, ne formant tantôt qu'un arc de cercle, constituant d'autres fois une couronne complète en *dedans de laquelle vient s'insérer le chorion*. Cette disposition particulière a fait donner à ces placentas les noms de placentas bordés ou placentas marginés.

La bordure forme donc un cercle complet ou non, elle est résistante au toucher, large d'un demi-centimètre à 2 ou 3 centimètres. La face fœtale est ainsi divisée en deux portions, l'une située en dedans du cercle blanchâtre et limité par lui, l'autre située en dehors, variable de largeur. Une autre particularité fort importante du placenta bordé, c'est l'épaississement considérable de son bord périphérique.

Pour Spæth et Wedl, la zone blanc jaunâtre qui forme la bordure, serait constituée par de la fibrine provenant d'hémorragies anciennes. Busch et Ackermann pensent qu'il y a accolement de la caduque vraie et de la caduque réfléchie, qu'il en résulte une cavité circulaire plus ou moins complètement fermée dans laquelle se produisent les hémorragies laissant à leur suite des masses fibrineuses.

Schatz pense qu'il s'agit de l'insertion d'un œuf dans la cavité utérine par un étroit pédicule en dehors duquel, faute de place, se développeraient les vaisseaux placentaires.

Krukenberg rattache le placenta bordé à une hydrorrhée déciduale décollant le chorion sur le bord du placenta.

Pour Fabbri, l'anomalie proviendrait de ce que la vésicule allantoïde ne s'étend pas à toute la surface du chorion.

Schultze admet l'existence antérieure d'une endométrite « qui, épanouissant le caduque, mettrait un obstacle au développement excentrique des villosités choriales : celles-ci, gênées dans leur extension passeraient au-dessous de l'anneau constitué par la caduque rendue plus rigide du fait de l'inflammation et viendraient déborder sur le pourtour du placenta fusant sous la caduque vraie qu'elles décollent et repoussent, elles parviennent à l'adosser à la caduque réfléchie. Il en résulte alors sur le pourtour du placenta, et dans une étendue variable, la formation d'un sillon totalement fermé dans lequel pourront se faire des hémorragies. »

Pour Giglio, le placenta bordé tiendrait sa collerette ou bordure, d'un épaississement inflammatoire du chorion.

L. Demelin.

## THÉRAPEUTIQUE PHARYNGOLOGIQUE

**Allongement hypertrophique de la luette. Excision de cet organe.** — L'hypertrophie congénitale de la luette est extrêmement rare : cette malformation est de nature à apporter les troubles les plus grands à la succion et par conséquent à l'allaitement. Mais le plus souvent, l'hypertrophie de la luette est acquise et s'observe chez les adultes sous deux aspects bien différents suivant que la lésion est aiguë ou chronique.

L'hypertrophie aiguë s'accompagne ordinairement d'œdème; on la constate dans un certain nombre d'angines : les troubles dysphagiques, causés par cette lésion, disparaissent un peu au milieu des symptômes de la maladie pharyngienne. Dans ces cas, le traitement s'adressera aussi bien à la lésion de la luette qu'à l'angine elle-même. La modalité la plus intéressante de cette petite affection est représentée par l'hypertrophie chronique de la luette. C'est une affection assez fréquente, dont les causes sont obscures. On remarque pourtant qu'elle atteint bien davantage les hommes, probablement à cause de l'abus du tabac et de l'alcool. Peut-être, les angines répétées sont-elles une cause d'hypertrophie de la luette. Dans les pays froids, notamment en Norvège, cette lésion serait plus fréquente que dans nos climats. Le malade ignore presque toujours dans quel état se trouve sa luette, et consulte le médecin pour une toux opiniâtre, constante, réapparaissant toutes les cinq ou dix minutes, et pouvant — après les repas — amener des vomissements. Signe caractéristique, cette toux si pénible cesse pendant la nuit.

Cette particularité s'explique par le mode d'action même de la luette allongée. A l'état normal, ce petit organe pend dans la gorge, son extrémité inférieure n'entre en contact avec aucun organe. Allongée, au contraire, l'extrémité inférieure de la luette retombe sur la base de la langue, qu'elle titille constamment, ainsi que le sillon qui

Digitized by Google

sépare la base de la langue de l'épiglotte et l'épiglotte elle-même. On a même prétendu, mais à tort, que la luette pourrait s'engager entre les cordes vocales et causer des crises de suffocation.

Dans le décubitus dorsal, la luette retombe par son propre poids sur la paroi postérieure du pharynx et cesse son action sur la base de la langue.

En présence d'un malade qui se plaint d'une toux qu'il qualifie ordinairement de « nerveuse », après avoir constaté l'intégrité des poumons, on doit examiner la gorge du sujet : on constatera alors souvent l'allongement de la luette. Cependant, dans le cas où la luette paraît avoir ses dimensions normales et où il existe les symptômes énumérés plus haut ; le contact anormal entre la luette et la base de la langue peut être occasionné par une hypertrophie de ce dernier organe, lésion moins aisée à guérir, et comme l'ablation d'une portion de la luette ne présente aucun inconvénient, il ne me paraît pas d'une mauvaise pratique dans cette circonstance d'en exciser une partie. C'est du moins la conduite que j'ai tenue plusieurs fois et j'ai eu grandement à m'en louer, notamment dans le cas d'un de nos très distingués confrères, dont la toux très pénible a presque cessé grâce à cette petite opération.

Les chirurgiens du dernier siècle semblent avoir redouté cette intervention — on ne sait pour quels motifs ; ils avaient imaginé plusieurs appareils pour la pratiquer. Le manuel opératoire le plus simple et le meilleur comporte trois instruments : un abaisse-langue, qu'on fait maintenir soit par le malade, soit par un aide ; une longue pince à forcipressure, et de longs ciseaux.

On badigeonne la luette au moyen d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 10. Puis, la langue étant abaissée, on introduit de la main droite la pince dans la gorge ; on saisit ainsi un bon centimètre de la luette, compté de bas en haut, puis, on fait passer la pince de la main droite dans la main gauche ; on prend les ciseaux de la main droite et l'on coupe la luette au-dessus de la pince. La portion excisée est maintenue entre les mors de la pince ; sans cette précaution elle pourrait être avalée ou tomber dans le larynx. Il est important de couper assez de luette — un centimètre me semble une bonne mesure ; — il est également important de ne pas couper une trop grande longueur de cet organe. On sait, en effet, que la luette a pour fonction d'obturer complètement le rhinopharynx pendant la déglutition. Or, si la luette a été trop diminuée, cette fonction ne s'accomplira plus qu'incomplètement et l'on pourra voir les liquides déglutis remonter par le nez. On constate aussi dans ces cas du nasonnement.

L'hémorragie après la section de la luette est insignifiante : ordinairement, les gargarismes froids font cesser le faible écoulement sanguin qui suit l'opération. En cas d'écoulement abondant, on pourrait appliquer sur le petit moignon soit du nitrate d'argent, soit du perchlorure de fer, soit même des cautérisations galvaniques. Les suites de cette intervention sont des plus simples : il faut savoir cependant que, pendant deux ou quatre jours, la présence de la petite plaie opératoire cause une assez grande dysphagie. Le malade ne peut avaler que des liquides ou de la viande hachée.

Pendant ce temps, il sera bon de prescrire au malade des gargarismes antiseptiques, mais non irritants (la solution boriquée est suffisante).

La cicatrisation effectuée, la dysphagie disparaît complètement. — Dr Mendel, *ancien interne des hôpitaux*.

## CHIRURGIE

### Diagnostic de la cystite

Il paraît superflu au premier abord — et cette manière de voir est encore partagée par bien des auteurs — de chercher à établir minutieusement les éléments du diagnostic de la cystite. La constatation des signes positifs (douleurs en urinant, fréquence des besoins, pyurie) et de leur association, n'est-elle point pathognomonique d'une infection de la vessie et de l'inflammation consécutive des tuniques du réservoir urinaire ? Les anciens, il est vrai, ne jugeaient point ainsi ; mais ils ne connaissaient pas la question comme on la connaît aujourd'hui.

A côté d'observations déjà vieilles et généralement oubliées, des faits récents, nombreux, observés un peu partout, viennent démontrer que tous les symptômes de la cystite peuvent se rencontrer alors que la vessie est saine et dépendre, dans ces circonstances, d'une lésion plus ou moins éloignée, de l'appareil urinaire ou d'un organe du voisinage. Faute d'explication meilleure, le mécanisme de cette action à distance est attribué à un réflexe. Quoi qu'il en soit, il est évident désormais que la cystite a souvent été confondue avec les « fausses cystites » et que le diagnostic différentiel est parfois délicat, sans parler des cas complexes ou à l'influence de l'état pathologique d'un organe plus ou moins lointain, se surajoute une inflammation vésicale.

De pareilles distinctions n'auraient qu'un petit intérêt pratique, si la cystite et les fausses cystites étaient justiciables des même procédés thérapeutiques. Mais ce qui convient à l'inflammation vésicale a le plus souvent sur les excitations vésico-urétrales réflexes une influence défavorable. Non seulement les traitements habituels de la cystite ne guérissent point les fausses cystites puisqu'ils en laissent subsister les causes ; mais encore, ils provoquent par leur intensité ou leur durée une excitabilité vésicale parfois persistante, et paraissent préparer le terrain pour une infection, sans insister d'ailleurs sur les autres conséquences fâcheuses que peut avoir une erreur.

Quand on a indubitablement constaté l'ensemble des signes réputés caractéristiques de l'existence d'une cystite,

(1) P. de Grandcourt. Etude et diagnostic des fausses cystites ; thèse doctorat, Paris 1895.

Digitized by Google

le diagnostic n'est point encore fait. Pour aboutir méthodiquement à celui-ci, il convient tout d'abord d'éliminer les causes multiples de fausses cystites. Un examen *complet* et consciencieux du malade est toujours, ici comme ailleurs, absolument indispensable. Ceci faisant, on se souvient de la règle suivante : « Toutes les causes d'irritation ayant pour siège un point quelconque des voies urinaires depuis le collet du bulbe jusque et y compris le rein, ou les organes annexes (glandes périphériques, voies génitales) ou encore les organes de voisinage, provoquent l'excitation vésico-urétrale, c'est-à-dire le spasme de l'urètre et de la vessie » (Reliquet). En possession de ce principe, il convient, s'il y a doute, de supprimer la cause possible de la fausse cystite avant d'agir sur la vessie (Guépin et de Grandcourt).

Mais, puisqu'en somme le diagnostic n'est hésitant qu'entre la cystite vraie et l'excitation vésico-urétrale réflexe qui peut la simuler absolument, le procédé éliminatoire n'est point à lui seul suffisant et il était logique de chercher d'un autre côté. Jusqu'à présent, il faut en convenir, les autres méthodes sont souvent en défaut.

*Les caractères du pus* mélangé à l'urine? L'étude de ces caractères que l'on ne doit point négliger assurément, ne renseigne pas toujours sur son origine. Ce symptôme ne prend une valeur réelle que lorsqu'il est associé à beaucoup d'autres ou lorsqu'il présente en lui-même une notable anomalie (abondance excessive, par exemple).

*La dissociation* de la sensibilité vésicale? Il y a parfois intérêt à mon sens, et surtout quand les manœuvres ne sont point faites par une main expérimentée, à éviter au malade l'examen des divers modes de sensibilité de la vessie. De plus, dans les fausses cystites comme dans la cystite vraie, il y a, au moins souvent, analogie absolue à ce point de vue spécial.

Les *commémoratifs* et, parmi eux, l'ordre d'apparition et de succession des symptômes capitaux, seront interrogés et suivant l'apparition des trois symptômes associés ou leur succession avec un intervalle plus ou moins accusé, on songera à la cystite ou à une fausse cystite par néoplasme infiltré des parois vésicales. Mais encore nombre de malades ne pourront, après une longue période, préciser leurs souvenirs. En outre et surtout, bien des fausses cystites débutent comme des cystites vraies.

Sans laisser de côté ces moyens de différenciation, mais sans leur attacher une valeur excessive, on voit qu'ils ne sauraient répondre à tous les cas.

*L'anesthésie chloroformique*, ressource exceptionnelle également, a été conseillée par Reliquet; car, « toutes les fois que le chloroforme permet de dilater une vessie contracturée et supposée malade, il faut rechercher la cause de l'excitation de l'organe en dehors de son col et de ses parois ». On éliminerait ainsi la cystite et inversement, suivant que le réservoir urinaire se laisse ou ne se laisse point facilement dilater.

De tout ceci, il importe seulement que le praticien retienne : que le diagnostic de la cystite est parfois fort délicat alors même que la triade symptomatique est au complet; que, surtout, il ne faut point agir sur la vessie au moindre signe de cystite présumée, mais s'attacher d'abord à acquérir la certitude que le réservoir urinaire est réellement malade; car le sujet atteint de fausse cystite bénéficie toujours autant de l'abstention des moyens usuels de traitement des cystites que de l'application du traitement rationnel de l'affection dont il souffre. — A. Guépin, *ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.*

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**La péritonite pneumococcique et son traitement.** — Voici une péritonite, décrite depuis quelques années seulement, — grâce aux observations de Sevestre, Moizard, Gaillard, Brun, Kirmisson, Rémy et Courdoux, aux thèses de Lecoq (Paris, 1893) de Degos (Bordeaux, 1895) — et qui mérite d'être bien connue, parce qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit et qu'on peut la confondre avec la fièvre typhoïde, une appendicite, ou encore avec la péritonite tuberculeuse. Elle mérite d'autant plus d'être connue que, livrée à elle-même, elle peut se terminer par la mort, tandis qu'elle guérit presque toujours par une intervention chirurgicale précoce.

M. Dieulafoy, avec son talent de vulgarisateur habile et de sagace observateur, l'a bien décrite dans la 10e édition de son excellent manuel de pathologie interne (1897).

Cette péritonite pneumococcique est le plus souvent *primitive*, elle est très rarement secondaire à la pneumonie ou à la pleurésie de même nature. Elle a le début brusque, fébrile et comme solennel de la pneumonie dite franche ou lobaire : douleurs abdominales intenses, ballonnement rapide du ventre, vomissements bilieux ou porracés, diarrhée parfois fétide, fièvre à 39 ou 40°, délire assez souvent. Au bout de 4 à 8 jours, tout se calme, la fièvre diminue et tombe parfois avec la brusquerie de la défervescence pneumonique, comme le démontrent les observations de Brun. Puis, l'enfant (car ces péritonites surviennent souvent chez les enfants) maigrit et se cachectise, le liquide s'enkyste assez rapidement, ce qui explique pourquoi la matité abdominale rarement généralisée se localise dans les régions sous-ombilicale ou iliaques.

Trois à cinq semaines après le début, le pus tend à se faire jour au dehors par l'ombilic qui se présente sous forme d'une saillie grosse comme une noix, rougeâtre, luisante et fluctuante (sorte de vomique ombilicale, analogue aux vomiques pleurales de la pleurésie purulente métapneumonique). On a cité des cas où il s'est spontanément évacué par le vagin. Le pus est verdâtre, épais, inodore et contient des fausses membranes fibrineuses; mais Weichselbaum a rapporté une observation où le liquide était simplement séro-fibrineux.

Quand l'ouverture spontanée ne se fait pas, la mort peut survenir par infection pneumococcique ou par péritonite

Digitized by Google

généralisée. Aussi, l'intervention chirurgicale est-elle indiquée de bonne heure surtout dans le but d'éviter les infections secondaires, et il ne faut pas se contenter d'une simple ponction, mais on doit faire une large incision avec drainage consécutif de la poche purulente.

Avec ces données thérapeutiques, la péritonite à pneumocoques devient la moins grave des péritonites purulentes, comme la pleurésie métapneumonique est la moins grave des pleurésies purulentes. Il s'agit, en somme, d'une simple ouverture d'abcès, et sur 14 cas, Brun a relevé 3 morts dont 1 sans intervention, après ouverture dans le vagin et à l'ombilic.

Cette péritonite purulente pneumococcique s'observe plus souvent dans l'enfance et chez les filles, Boulay explique cette dernière fréquence par la présence du diplocoque lancéolé dans la cavité et les parois de l'utérus, d'où le passage probable du micro-organisme dans le péritoine par les trompes ou par les lymphatiques.

Un mot pour terminer : Nous avons dit que cette péritonite à pneumocoques est rarement secondaire, et qu'elle ne s'observe presque jamais à la suite d'une pneumonie. Ce n'est pas parce que le pneumocoque n'envahit pas le péritoine; on l'y trouve même assez souvent à l'autopsie des pneumoniques. Mais, comme le dit Boulay, dans son excellente thèse, en 1891 : « Il semblerait que la séreuse s'oppose au développement des diplocoques, ou du moins que ces derniers n'ont pas prise sur elle ». Donc la pneumococcie péritonéale n'entraîne pas fatalement la péritonite. L'expérimentation confirme ce fait clinique, puisqu'après l'injection de pneumocoques dans la cavité péritonéale d'un animal, on voit celui-ci mourir d'infection pneumococcique généralisée, le plus souvent en l'absence de toute péritonite. — H. H.

## MÉDECINE INFANTILE

**Des accidents de la première dentition.** — On appelle communément sous ce nom l'ensemble de symptômes morbides que provoque ou que semble provoquer l'éruption des dents de lait. On s'est beaucoup exagéré ces accidents et l'on a trop tendance à englober sous une dénomination trop vague, un nombre trop grand de faits qui lui sont manifestement étrangers : A l'exemple de Politzer, de Magitot, de Comby, Millon (*Traité des maladies de l'enfance*) (1) pense que la classe des maladies de dentition doit être rayée du cadre de la nosographie et qu'il faut démembrer le « molimen dentaire » de Trousseau. Ce n'est pas, pour cela, qu'il faille nier absolument l'influence de la première dentition sur l'état de santé des enfants, mais il ne faut pas en faire l'étiologie courante de la plupart des affections de la première enfance. Il faut distinguer, pour les étudier, les phénomènes morbides de la première dentition en accidents locaux ou en accidents généraux ou réflexes.

(1) Chez Masson, éditeur.

A. *Accidents locaux.* Tandis que, chez l'enfant sain et bien nourri, l'éruption des dents se fait, d'ordinaire, sans bruit, sans éclat et presque toujours à l'insu de l'entourage, chez un certain nombre, le travail du percement de la gencive ne se fait pas sans une inflammation locale : au niveau des gencives, la muqueuse est rouge, violacée, même boursouflée ; elle est douloureuse à la pression, chaude ; l'enfant salive en abondance, il s'impatiente et l'aspect de ses gencives, joint à la versatilité de son humeur, témoigne d'un prurit dentaire plus ou moins durable. Quelquefois on n'observe que cette simple hyperémie ; d'autres fois, s'y ajoutent des exsudats et même des ulcérations. Généralement, tout se borne à un enduit blanchâtre, léger, siégeant sur le bord et sur les faces de la gencive, en s'étendant à droite et à gauche, bien au delà du point de naissance de la dent. Cet exsudat pultacé, assez adhérent, repose sur une muqueuse rouge, gonflée, non ulcérée, mais qui saigne facilement. Cette gingivite se traduit par du ptyalisme, de la fétidité de l'haleine, une sensibilité de la bouche suffisante pour empêcher le nourrisson de prendre le sein et quelquefois, aussi, par un état saburral des voies digestives supérieures. Parfois, on note un léger état d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Tout se borne généralement à des accidents de ce genre, mais si les micro-organismes de la bouche acquièrent une grande virulence, on peut voir survenir des stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses avec lésions disséminées, gangrène superficielle de la muqueuse, fétidité de l'haleine, ptyalisme considérable, adénopathie douloureuse, fièvre, diarrhée et même adynamie rapide. Ces complications sont exceptionnelles, elles ne s'observent que chez les enfants, dont la bouche, mal entretenue, réalise un milieu de choix, où les fermentations microbiennes n'attendent qu'une occasion pour se développer. Ces accidents locaux tiennent beaucoup à la manière dont l'enfant est nourri. M. Gibert (du Havre) a montré que les stomatites, tout à fait exceptionnelles chez les enfants au sein, étaient, au contraire, d'une grande fréquence chez les enfants élevés au biberon.

La prophylaxie de ces accidents locaux consiste donc dans une alimentation régulière et normale, et dans une propreté minutieuse de la cavité buccale. Le traitement des accidents infectieux procède des mêmes principes; quant aux palliatifs apportés au prurit dentaire et à l'inflammation gingivale, ils sont très nombreux ; nous mentionnerons seulement quelques collutoires calmants : le sirop de belladone, la cocaïne, le chloroforme au 1/100e et au 1/50e, la teinture d'opium à 1/20e, le bromure de potassium au 1/10e, tous de peu d'action. L'incision des gencives qui aurait des résultats si merveilleux et dont on a tant abusé, sera réservée pour les cas rebelles.

B. *Accidents généraux.* Tous les accidents généraux (hyperthermie, convulsions, manifestations cutanées, accidents respiratoires, phénomènes gastro-intestinaux) mis par les anciens auteurs sur le compte de la dentition,

Digitized by Google

reposent sur une erreur d'interprétation. Il est une considération sur laquelle on ne saurait trop vivement insister, et qui donne la raison de la plupart des accidents imputés faussement à la dentition, ou du moins la raison des troubles gastro-intestinaux, des convulsions et des dermatoses, c'est l'influence de la mauvaise alimentation et de l'élaboration irrégulière des substances digestives. Au premier rang, figure la suralimentation; puis, viennent les perversions alimentaires : l'allaitement artificiel mal pratiqué, le sevrage précoce, l'addition prématurée d'aliments impropres, le défaut de propreté, le défaut de propreté des accessoires, etc.

Les pseudo-accidents d'origine dentaire sont donc de purs phénomènes d'auto-intoxication, et ce qui le prouve encore c'est que les accidents ne surviennent guère que vers la fin de la première année, âge du sevrage, et que, d'autre part, chez les enfants élevés au sein exclusivement, on n'observe pas d'accidents de dentition.

Mais, comme le dit fort justement Comby, si la dentition n'est pas la cause prochaine et directe de la diarrhée, elle en est parfois la cause indirecte, l'agacement, l'état d'irritation de la bouche, le nervosisme, les insomnies empêchant l'enfant de têter régulièrement, déterminent une anomalie dans sa vie, et provoquent un état d'infériorité de ses voies digestives et des troubles de l'élaboration des substances alimentaires et les symptômes qui en découlent.

Tels sont à peu près les seuls phénomènes généraux que l'on puisse imputer à la dentition et il est temps de ne plus lui attribuer ce qui reste en dehors d'elle et relève d'autres états pathologiques. — M. Deguy.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Deux cas de rigidité spasmodique congénitale, maladie de Little.** — M. Dejerine rapporte à la Société de biologie deux observations de rigidité spasmodique congénitale et en tire les conclusions suivantes : « En résumé, dit-il, dans les deux autopsies précédentes ayant trait à des cas très nets de rigidité spasmodique congénitale, on trouve dans le premier cas une porencéphalie double s'étant traduite pendant la vie par les symptômes de la paraplégie spasmodique typique et dans le deuxième cas, une lésion médullaire en foyer, congénitale également et ayant déterminé pendant la vie les symptômes d'une rigidité spasmodique des quatre membres, prédominant de beaucoup dans les membres inférieurs. Cette deuxième observation démontre — ce qui n'avait pas été fait jusqu'ici — que le syndrome de Little peut relever d'une lésion médullaire *primitive*, d'une *lésion en foyer*, développée pendant la vie intra-utérine et dont la pathologie n'est pas élucidée, bien que, dans le cas actuel, l'hypothèse d'une infection médullaire intra-utérine me paraisse très probable. Cette lésion en foyer, à topographie si singulière et si symétrique, — cornes postérieures et prolongement scléreux dans le cordon latéral, — tient évidemment sous sa dépendance la double sclérose systématisée dans le domaine du faisceau pyramidal, occupant toute la hauteur de la moelle et commençant immédiatement au-dessous de la lésion en foyer. S'agit-il ici d'une agénésie de ce faisceau avec sclérose consécutive, la chose me paraît probable, étant donné que la lésion s'est produite à une époque où le développement du faisceau pyramidal est encore incomplet. La prédominance très marquée de la paralysie spasmodique dans les membres inférieurs à la suite de cette lésion médullaire en foyer me paraît devoir attirer l'attention des cliniciens et des physiologistes, car elle n'est point d'une interprétation facile. »

**Un empoisonnement par des champignons accompagné de paralysie des muscles de l'œil.** — Un jeune homme de 21 ans mangea des champignons, probablement de l'espèce Cantharellus cibarius, le soir du 23 août. Dans la nuit, il fut pris de vomissements, de coliques, de brûlures dans l'estomac et dans le gosier et de crampes dans les jambes. Les vomissements cessèrent le lendemain soir, et le malade se fit recevoir à l'hôpital. Là, on constata de la diplopie quand le regard était dirigé en bas. La pupille droite était plus large que la gauche, mais les deux réagissaient à la lumière et à l'accommodation. La paralysie des muscles de l'œil augmenta jusqu'au 25 août, tout celle des muscles intrinsèques que celle du muscle ciliaire : le malade voyait double dans toutes les directions; il lisait avec peine et très peu de temps. Les globes oculaires étaient à des hauteurs différentes, et il existait du nystagmus. A partir du 26 août, ces phénomènes rétrocédèrent lentement, et le 1er septembre tout était rentré dans l'ordre.

Un ami du malade, qui avait également mangé de ces champignons, en fut quitte pour une simple indigestion. (*Zeitschrift f. klin. med.*)

Les poisons des champignons se rapprochent tous plus ou moins dans leur action de celle de la muscarine : ce sont donc des poisons vasculaires. Or, les centres bulbaires des muscles de l'œil sont très riches en artérioles, et on peut admettre que les troubles d'innervations durèrent tant que les vaisseaux furent impressionnés par le poison. — Bd.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 avril 1897*

**Traitement des fractures de la clavicule.** — M. Championnière. Pas d'immobilisation; simple écharpe maintenant le bras, mais massage assidu. — Dès le commencement de ce traitement, les douleurs disparaissent; vers la deuxième semaine, les malades peuvent mobiliser leur bras; le chevauchement disparaît vite.

Présentation de trois malades étant au dix-huitième jour. On constate la souplesse presque normale du membre — le cal est cependant un peu gros —. Un quatrième malade étant au treizième jour peut déjà mouvoir son épaule.

M. Péan. Ce procédé, bon au point de vue de la fonction du membre, est insuffisant au point de vue esthétique, et laisse de la déformation de l'épaule. Que donne-t-il dans les cas de grands chevauchements des deux fragments?

M. Championnière. Un coureur ayant une fracture avec énorme chevauchement a pu, au bout de trois semaines, recommencer un dur entraînement. Au bout de quatre mois, disparition complète du cal.

Digitized by Google

**Appendicite.** — M. Dieulafoy. Les observations apportées pour montrer que l'appendicite n'est pas une complication normale de la colite membraneuse, ont de la valeur contrairement à ce que disait M. Reclus, car, si à l'époque à laquelle elles ont été recueillies, l'appendicite n'était pas connue, les troubles qu'elle occasionne ne pouvaient passer inaperçus.

Il cite une statistique de 24 observations d'appendicite dans lesquelles on ne relève pas de cas de colite membraneuse.

Il conclut en disant que l'on ne précise pas assez le diagnostic de l'appendicite et que l'on en trouve souvent où il n'y en a pas.

M. Potain. Les observations sur lesquelles s'est basé M. Dieulafoy ont leur valeur, car les troubles de l'appendicite ne seraient point passés inaperçus.

M. Laboulbène. Les vers intestinaux ne peuvent être considérés comme cause possible de l'appendicite.

**Compte rendu de la conférence sanitaire de Venise** (Février 1897). — M. Brouardel. A cette conférence, à laquelle ont pris part des délégations de 21 gouvernements, on a décidé de prendre les mesures suivantes contre l'envahissement de la peste :

1° Inspection sanitaire des passagers avant leur embarquement pour l'Europe.

2° Etablissement de postes sanitaires à Suez et dans le golfe Persique.

3° Isolement des passagers arrivant d'un pays pestiféré.

Il a été établi que l'isolement devait durer 10 jours, la période d'invasion de la peste ne dépassant pas ce temps.

Il a également été établi que la contagion ne devait point se faire par l'eau, mais surtout par les excréments, les vêtements et les fruits.

M. Chipault. 1° Cure radicale du mal perforant plantaire par élongation des nerfs plantaires,

2° La ponction lombo-sacrée; utilité, diagnostic et thérapeutique.

3° Du traitement des déviations vertébrales.

**Election** d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire :

En première ligne, M. Richelot; en deuxième ligne, M. Peyrot; en troisième ligne, M. Bouilly; en quatrième ligne (*ex æquo*), MM. Kirmisson, Quenu, Segond.

Elu par 71 voix : M. Richelot. — M. Peyrot, 2 voix. — M. Bouilly, 2 voix.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 2 avril 1897*

**Diagnostic; traitement médical et indications opératoires de l'appendicite.** — M. Moizard. Le diagnostic de l'appendicite aiguë est facile, lorsque l'on trouve réunis tous ses symptômes classiques : apparition brusque des accidents, douleur vive dont le maximum siège dans la fosse iliaque droite, au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic (point de Mac-Burney), ballonnement du ventre, vomissements et fièvre. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les affections les plus diverses, s'accompagnant de douleurs dans la fosse iliaque droite, ont été prises pour des appendicites. Telles sont la hernie de la ligne blanche, le rein mobile, la pleurésie même, les coliques hépatiques ou néphrétiques, les inflammations des annexes chez la femme. Inversement, l'appendicite au début a été confondue avec une simple indigestion, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde, la péritonite à pneumocoques. Cette dernière affection est beaucoup plus difficile à reconnaître, car au début elle évolue comme l'appendicite. Il est utile de connaître ces diverses causes d'erreur afin que l'esprit prévenu puisse les éviter.

*Traitement.* — Les formes perforantes suraiguës, avec péritonite purulente progressive et les formes septiques exigent une intervention chirurgicale immédiate. Elle sauve assez souvent la vie dans le premier cas, rarement dans le second ; mais elle n'en doit pas moins être tentée, puisqu'elle représente la seule chance de salut.

Mais ces formes d'appendicite avec péritonite généralisée d'emblée sont rares. Le plus souvent la crise initiale se calme et c'est au médecin qu'il appartient de diriger le traitement. En premier lieu, l'emploi des purgatifs doit être proscrit, sans exception, cas ils ont pour effet de faciliter l'éclosion de la péritonite en mobilisant l'intestin. L'opium au contraire sera le médicament de choix et remplira deux indications thérapeutiques fort importantes : l'immobilisation de l'intestin et la sédation de la douleur. M. Moizard le prescrit sous forme d'extrait thébaïque (0 gr. 05 chez les enfants ; 0 gr. 10 à 0 gr. 15 chez l'adulte par jour), en potion associée à l'eau chloroformée et au salicylate de bismuth, s'il existe des vomissements et de la diarrhée.

Localement, il ne faut pas appliquer de vésicatoires, de cataplasmes, de pommades, ni de sangsues qui souillent la paroi abdominale et diminuent les chances de succès de la laparotomie, si elle devient nécessaire. Les applications permanentes de glace, maintenues dans un sac de caoutchouc, ont une action sédative tout aussi marquée sans présenter aucun inconvénient.

La diète est un élément fort important de la thérapeutique, elle doit être absolue pendant plusieurs jours. L'opium sera continué tant que les douleurs et les accidents péritonéaux persisteront ; puis on diminuera progressivement la dose pour arriver à la suppression complète au bout d'un jour ou deux. A ce moment, les lavements ou les laxatifs doux : huile de ricin, magnésie, seront prescrits pour assurer la régularité des garde-robes. Le repos au lit sera continué tant qu'il existera de la sensibilité dans la fosse iliaque droite. Lorsque la crise sera passée, on soumettra le malade à un régime très sévère, en vue de prévenir de nouvelles crises. Vivre simplement

Digitized by Google

et sobrement, veiller au fonctionnement régulier de l'intestin, telles sont les règles dont l'observation mettra à l'abri des rechutes.

Quant à la résection de l'appendice à froid, M. Moizard estime qu'elle doit être conseillée après plusieurs récidives, car il est impossible d'affirmer que, malgré le régime rigoureusement suivi, il n'y aura pas de rechute. D'ailleurs l'intervention à froid ne comporte que des risques minimes, et sans aucun rapport avec la gravité des dangers auxquels le malade est exposé en cas d'abstention.

M. Du Castel. L'entéro-colite existe longtemps avant l'apparition de l'appendicite, dont elle est en quelque sorte un des facteurs préparatoires.

M. Legendre a toujours constaté une dyspepsie antérieure chez les malades atteints d'appendicite.

M. Siredey. On doit distinguer deux catégories d'appendicites. Dans l'une, la constipation et l'entéro-colite précèdent l'éclosion des symptômes appendiculaires; dans l'autre, principalement chez les enfants, l'appendicite éclate brusquement, revêtant dès le début les allures d'une maladie infectieuse grave.

**Séro-diagnostic dans un cas de tuberculose aiguë et de fièvre typhoïde associées.** — MM. L. Guinon et H. Meunier. La coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose est chose assez rare pour qu'on ait pu soutenir l'antagonisme de ces deux maladies. Quelques faits ont déjà démontré que cette association morbide était possible : l'observation rapportée ici en est un nouvel exemple.

Un enfant de huit ans entre à l'hôpital avec des signes manifestes de tuberculose pulmonaire en voie d'évolution ; son aspect général, sa température, les résultats fournis par l'auscultation ne laissent au diagnostic aucune hésitation. Après une courte rémission, la température se relève et dessine pendant quinze jours une courbe *cyclique* terminée par de grandes oscillations; pendant cette période, l'extension progressive des signes pulmonaires, l'amaigrissement extrême du petit malade, la turgescence du foie et de la rate, le développement général des groupes ganglionnaires, répondent si parfaitement à l'hypothèse d'une tuberculose subaiguë que ce diagnostic, posé dès le début, n'est pas mis en question. Cependant apparaît à la fin de la courbe cyclique un stade amphibole, puis survient une éruption de taches rosées (13e jour) ; ces deux phénomènes éveillent un doute dans notre esprit et malgré l'absence de tout symptôme intestinal, nous nous demandons si nous n'avons pas méconnu une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic, pratiqué à plusieurs reprises, nous donne, en effet, un résultat nettement positif.

A peine avions-nous accepté ce nouveau diagnostic, espérant une guérison que la courbe thermique semblait déjà annoncer, qu'une nouvelle poussée fébrile se développe, accompagnée de signes pulmonaires de plus en plus inquiétants. S'agit-il maintenant d'une rechute de la fièvre typhoïde, ou n'est-ce point là plutôt une nouvelle poussée de tuberculose aiguë, mettant en question la légitimité du sérodiagnostic? La mort, survenue quelques jours plus tard, devait seule nous permettre d'éclaircir ce problème déconcertant.

L'autopsie nous mit en face d'une granulée typique : poumons, plèvres, méninges, reins, foie, rate, présentaient le semis caractéristique des granulations miliaires et quelques tubercules plus âgés siégeant dans le poumon montraient, par leur ramollissement, que le point de départ de la généralisation était sans doute la tuberculose pulmonaire diagnostiquée dès le début. Quant à l'intestin, sur lequel se porta toute notre attention, il présentait quelques petites ulcérations offrant tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse du type lenticulaire, avec granulations grises sur le feuillet péritonéal. Nous pûmes nous assurer par l'examen histologique qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses : les parois de l'ulcération étaient parsemées de granulations jeunes et fourmillaient de bacilles de Koch; enfin la dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques témoignait également en faveur de la nature de l'entérite. La granulée était évidente partout, la tuberculose indiscutable.

Le sérodiagnostic nous avait-il donc induits en erreur? La bactériologie, interrogée à son tour, nous prouva que la réaction agglutinante avait été parfaitement légitime. L'infection typhoïde, dénoncée par la courbe cyclique et les taches rosées, puis affirmée par le sérodiagnostic, était donc bien réelle; seulement elle avait été noyée dans l'évolution plus tumultueuse de la tuberculose aiguë, et, déjà presque effacée, au moment de la mort, elle eût sans doute été écartée par nous, si l'examen bactériologique ne nous en avait révélé l'agent spécifique dans plusieurs organes.

**Ictère chronique.** — M. Legendre présente un jeune homme de 18 ans, atteint d'ictère catarrhal à peu près permanent depuis 10 ans; ce malade est dyspeptique et offre un estomac légèrement dilaté: il n'existe pas de pigment biliaire, mais de l'urobiline dans les urines. Malgré cet ictère, l'état général est satisfaisant.

M. Hayem. Il s'agit dans ce cas d'un ictère hémaphéique chronique, affection rare dont il n'a vu que trois exemples. Les urines ne renferment pas trace de pigment biliaire, mais de l'urobiline. Au contraire, le sérum du sang donne la réaction de Gmelin. La coloration de la peau est due à la bilirubine. Cette forme d'ictère dure des années. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 7 avril 1897*

**Amputation du pied par le procédé de Syme.** — M. Delorme résume un mémoire sur ce sujet par les conclusions suivantes :

Ce procédé ne paraît pas occuper la place qu'il mérite parmi les désarticulations du pied. Aujourd'hui qu'il n'y a plus à craindre la rétention purulente dans le manchon talonnier et les modifications du lambeau, c'est un mode de choix et non de nécessité. C'est un mode de choix dans un grand nombre d'ostéo-arthrites de l'arrière-pied; et l'inconvénient résultant d'un raccourcissement de quelques centimètres, s'il était avéré qu'il en fut un, serait largement compensé par les chances moindres d'une récidive.

Il y a lieu de revenir à la taille primitive du lambeau à la façon de Syme.

La suppression du temps de la désarticulation est avantageuse, et le bistouri est préférable à la rugine.

Quant aux résultats immédiats et définitifs, ils sont remarquablement beaux, si on a pris toutes les précau-

Digitized by Google

tions voulues pour éviter la bascule mécanique ou active du lambeau en arrière.

M. Ricard expose un procédé d'amputation du pied qui prend place entre ceux de Syme, de Pirogoff et de Lefort. Il consiste à laisser le calcaneum seul dans la mortaise péronéo-tibiale à la place de l'astragale enlevée. Ce procédé, d'une exécution facile, donne un moignon mobile, très résistant, et permet la marche directe dans un simple soulier.

**Traitement des abcès dans la coxalgie.** — M. Menard, de Berck-sur-Mer, expose que, dans 8 cas, il a pratiqué l'arthrotomie de la hanche avec curetage intégral d'abcès tuberculeux, compliquant la coxalgie, et rebelles à la méthode des injections modificatrices. Après ouverture de l'articulation, il curette les foyers tuberculeux et enlève une portion plus ou moins considérable de la tête fémorale. Cette méthode lui a donné 8 guérisons avec ankylose de la hanche sur 8 opérations. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**Le Cabinet secret de l'Histoire** (2e série), par le Dr Cabanès (1)

Notre revue bibliographique sera consacrée aujourd'hui à deux livres que l'on pourrait appeler *para*-médicaux, et qui, sans s'occuper de science pure, n'en ont pas moins un réel intérêt pour les médecins, littérateurs et journalistes.

Le livre de M. le Dr Cabanès, le distingué rédacteur en chef de la *Chronique médicale* — « revue bi-mensuelle de médecine historique, littéraire et anecdotique », un journal dont l'intérêt et le succès croissent tous les jours, ce qui est en même temps à l'honneur de notre confrère et de ses lecteurs — est le deuxième de la série, et il est bien digne de son aîné, si l'on en juge seulement par les sujets traités :

*Le médecin de Louis XI; les avatars du cadavre de Richelieu: les dents de Louis XIV; les accouchements de Mlle de La Vallière; illustres débris et reliques anatomiques; les médecins de Mme de Pompadour; les maladies de Sophie Arnould; Guillotin inventeur ou parrain de la guillotine? la vraie Charlotte Corday; vie intime de Robespierre; les superstitions de Napoléon Ier*, etc., etc.

Dans ce livre, Napoléon Ier est, en effet, dépeint comme superstitieux à l'excès, et s'il eût vécu de notre temps, il aurait peut-être été sur la pente du spiritisme... On le voit, tous ces sujets sont intéressants par eux-mêmes, et si nous ajoutons que cet intérêt est encore rehaussé par un style précis et agréable, par l'exactitude historique, nous aurons dit tout le bien que nous pensons sincèrement de ce nouveau livre.

Nous rappelons que, dans le 1er volume, les sujets suivant sont traités :

*Un péché de jeunesse de Louis XIV; la fistule d'un grand roi; les maladies de Louis XV; l'impuissance de Louis XVI; quelle était la maladie de Marat? Talleyrand et ses médecins; l'œil de Gambetta*, etc., etc. — H. H.

**La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale**, chez Masson et Ce, éditeurs.

La gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué qu'en France. En l'absence d'un enseignement spécial à la Faculté, c'est dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris que l'on va puiser les connaissances relatives aux maladies des femmes et à leur traitement.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, gynécologie et chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La nouvelle *Revue* consacre cet état de choses. Placée sous la direction du Dr Pozzi, c'est-à-dire l'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle doit faire une part égale à la gynécologie et à la chirurgie abdominale.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

Nous n'avons pas besoin de souhaiter à cette nouvelle *Revue* un grand succès : il est assuré par la notoriété de M. Pozzi, dont l'éloge n'est plus à faire.

(1) Un vol. de 332 pages. Paris, 1897. A. Charles, éditeur.

## ACTUALITÉ

**Emploi de l'urée comme diurétique.** — Nous avons parlé de ce fait dans notre dernier numéro. A ce sujet, on nous fait lire dans le *Formulaire pratique des hôpitaux de Paris*, par F.-S. Ratier (4e édition 1832, J.-B. Baillière, éditeur), à la page 49, le passage suivant, qui montre que décidément il n'y a rien de nouveau sous le soleil :

« Dans ces derniers temps, le Dr Fouquier (médecin de l'hôpital « de la Charité), d'après les expériences du Dr Ségalas, a essayé « *l'urée*, à laquelle il a reconnu une action très énergique sur « l'appareil de la sécrétion urinaire. » — H. H.

**Avis à nos nouveaux abonnés.** — Les abonnements nouveaux ont été si nombreux cette année que l'administration est obligée de faire composer une seconde fois plusieurs numéros. Nous prions les nouveaux abonnés de 1897 qui n'auraient pas reçu encore les nos 2 et 3, de vouloir bien nous faire crédit de dix ou quinze jours au plus tard.

Par la même occasion, *nous prions instamment* nos lecteurs de nous prévenir *immédiatement* du moindre retard apporté dans la réception du journal. Nous les prions encore *de ne jamais attendre plus d'un mois* pour nous réclamer les numéros manquants ; car, passé ce laps de temps, l'administration pourrait être dans l'impossibilité de les leur fournir, en raison même de cette augmentation continue du nombre d'abonnés.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MEDICALE

*Hôpital Beaujon.* — M. P.-E. Launois

## Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire

Vous connaissez tous cette grande jeune fille qui, chaque semaine, vient d'Asnières à notre consultation du jeudi. Son facies vous a frappés : elle est mince et courbée en avant ; ses lèvres, ses joues, ses mains sont violettes et plus ou moins cyanosées : tremblante et pelotonnée sur elle-même, elle semble toujours avoir froid. Chacun de vous l'a examinée et auscultée et chacun sait qu'elle est porteur d'*un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.*

Il m'a semblé qu'il serait intéressant pour vous de connaître tous les détails de l'observation clinique de cette jeune malade ; ils vous permettront en effet de mieux interpréter les quelques considérations générales que comporte ce cas particulier de malformation congénitale de l'appareil vasculaire.

Augustine D... appartient à une nombreuse famille exempte de toute tare héréditaire : son père, âgé de 43 ans, sujet à des crises hépatiques, sa mère âgée de 44 ans, sont bien portants. De leurs huit enfants (cinq garçons et trois filles), notre jeune malade, née la seconde, âgée aujourd'hui de 17 ans, est seule chétive. La grossesse ayant été absolument normale, l'enfant était violette et noire en naissant, à tel point que la sage-femme dut laisser saigner pendant quelques minutes le cordon ombilical avant d'en pratiquer la ligature. Elevée au sein par sa mère, elle tétait sans difficulté.

Peu de temps après sa naissance, alors qu'elle venait d'être vaccinée, elle contracta la petite vérole que son père avait rapportée à la maison. L'affection évolua sans complications, laissant à sa suite quelques légères cicatrices dont on retrouve aujourd'hui les traces. A l'âge de 3 ans, elle eut pendant trois semaines de l'ictère accompagné de troubles digestifs légers.

Ayant marché à quinze mois, elle vécut de la vie des autres enfants, allant comme eux à l'école, mais ne pouvant prendre part à leurs ébats, car il lui a toujours été impossible de marcher vite, de courir, de crier ou de chanter. Intelligente, elle apprenait facilement et obtenait à 13 ans son certificat d'études. A cet âge, ayant grandi brusquement, elle fut envoyée en apprentissage ; après quelques mois d'essais, elle dut rester à la maison, il lui était tout à fait impossible de monter les étages. Le moindre effort a toujours été pour elle l'occasion d'un essoufflement plus ou moins marqué et plus ou moins durable.

Se plaignant parfois de céphalalgie, mais n'ayant jamais eu ni vertige, ni tendance à la syncope, ni épistaxis, ne toussant jamais et n'ayant jamais craché de sang, elle a été réglée pour la première fois au mois d'août 1896 et depuis, sauf une fois, ses règles ont été très régulières.

Au moment de notre premier examen, étant donné le facies et la dyspnée dont je vous ai parlé, notre attention fut de suite attirée sur le cœur. La palpation et la percussion nous permirent bien vite de nous rendre compte de l'hypertrophie de cet organe, la pointe battant fortement en dehors du sein gauche. Sur le tracé dermographique que voulut bien faire devant vous, à l'aide de son phonendoscope, M. Bianchi, vous avez pu vous rendre compte de l'étendue de la matité cardiaque et facilement reconnaître que, dans cette hypertrophie de l'organe central de la circulation, la plus grande partie appartenait au cœur droit. Le doigt appliqué à plat à la base du cœur perçoit nettement un frémissement cataire dans le deuxième espace intercostal gauche.

L'auscultation permet de reconnaître à la base du cœur un souffle systolique intense, dont le regretté Durosiez a analysé devant vous tous les caractères. Ce souffle, ayant son maximum au niveau du deuxième espace intercostal gauche, se prolonge vers la gauche jusqu'au niveau de la partie moyenne de la clavicule correspondante ; il descend le long du bord gauche du sternum, diminue progressivement d'intensité et ne se perçoit plus à la pointe où on entend nettement le claquement de la mitrale. Ce même souffle systolique se retrouve dans le dos en arrière sur le côté gauche de la région supérieure et dorsale de la colonne vertébrale. L'auscultation de l'aorte ne révèle rien d'anormal.

Les artères carotides sont le siège d'impulsions assez intenses : ce symptôme est probablement en rapport avec un léger degré de goitre (hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde). L'artère radiale fournit à la palpation une pulsation plutôt faible : le pouls petit, régulier, bat 72 fois par minute.

Il n'existe aucun trouble de la circulation veineuse et en particulier pas trace d'œdème. Le foie et la rate ont leur volume normal. La circulation capillaire n'est pas gênée ; mais, dans les régions (lèvres, joues, mains, pieds) où les vaisseaux fins sont nombreux, il existe une coloration violette toute spéciale. Cette cyanose est plus ou moins marquée : elle augmente par le froid et le mouvement. Les recherches de Khrel et de Vaquez nous ayant appris qu'il existe souvent en pareil cas de l'hyperglobulie, il était tout indiqué de pratiquer l'examen du sang. La numération et la mensuration des globules ont été faites par M. Bensaude qui nous a donné le résumé suivant :

| | |
|---|---|
| N (Nombre des globules rouges par millim. cube)..... | 5.828.000 |
| R (Richesse globulaire en hémoglobine)..... | 4.063.000 |
| G (Valeur individuelle de chaque globule)..... | 0,70 |
| B (Nombre des globules blancs par millim. cube)..... | 5.280 |

Sur une préparation de sang sec, on constate que les

Digitized by Google

hématies ne présentent pas d'irrégularités de forme. Leurs dimensions sont inégales; beaucoup dépassent 7 $\mu$ de diamètre. Le nombre des globules blancs paraît normal. Les hématoblastes sont extrêmement nombreux, mais cette augmentation est due à ce que la malade a ses règles depuis la veille. Comme vous le voyez, l'hyperglobulie est moyenne.

Il n'existe aucun trouble dans la circulation pulmonaire; l'auscultation de la poitrine ne nous a révélé aucun bruit morbide et en particulier aucun signe de tuberculose.

De cette analyse détaillée que je viens de faire se dégage une première conclusion qui me paraît, dans le cas particulier, avoir une importance très grande et que je tiens à bien mettre en relief : c'est le défaut de parallélisme qui existe entre l'intensité des signes locaux et le degré peu marqué des troubles fonctionnels et des symptômes observés. En tenant compte des caractères du souffle de la base, nous sommes amenés à admettre une angustie artérielle très grande et à supposer que le sang lancé dans la petite circulation est obligé de traverser un étroit défilé. Malgré cette défectuosité de l'appareil vasculaire, la circulation pulmonaire est normale, puisque jamais le poumon n'a été depuis l'enfance le siège d'aucun phénomène morbide. Je me hâte de vous dire que jamais l'appareil cardio-pulmonaire n'a été surmené, car, en dehors des besoins de relation, notre jeune malade n'a eu d'efforts sérieux et prolongés à faire.

L'absence de toute lésion bacillaire vous a certainement frappés, car vous savez que bien souvent les malades porteurs d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire sont victimes de la tuberculose. Quoique vivant dans le milieu ouvrier, notre jeune malade s'est toujours trouvée dans de bonnes conditions d'hygiène, habitant les environs de Paris et n'ayant jamais séjourné dans les salles d'hôpital.

Vous m'avez vu à plusieurs reprises ausculter avec le plus grand soin le cœur et rechercher s'il n'existait pas quelque bruit morbide qui nous permît de supposer l'occlusion incomplète de la paroi inter-ventriculaire et l'existence d'un pertuis faisant communiquer les deux cœurs. Malgré toute mon attention, je n'ai pu trouver d'autre souffle que le prolongement de celui de la base. Vous savez d'ailleurs que la communication interventriculaire peut rester méconnue pendant toute la vie, même lorsqu'elle est très étendue comme dans l'observation si curieuse de mon collègue et ami Variot.

Si la lésion orificielle de l'artère pulmonaire n'est accompagnée d'aucun autre vice de conformation congénitale, elle n'en a pas moins eu un retentissement marqué sur l'état général et le développement du squelette. Bien qu'elle ait dépassé l'âge de la puberté et que sa menstruation se soit établie depuis sept mois, notre jeune malade présente les stigmates bien nets de l'infantilisme. La taille, qui mesure 1 m. 60, est relativement grande, mais le thorax est long et étroit; la circonférence de la base est de 53 centimètres. Le sternum peu développé mesure en hauteur 11 centimètres; l'appendice xyphoïde fait défaut. Les seins sont petits et asymétriques. Le pubis, les grandes lèvres ne présentent que quelques rares follicules pileux; les aisselles sont absolument glabres.

Vous avez sans doute été frappés du peu de ressources qu'offre en pareil cas la thérapeutique. Si le chirurgien peut souvent remédier d'une façon efficace aux vices congénitaux de conformation, le rôle du médecin est plus limité. Il n'a, en effet, le plus souvent qu'à surveiller le fonctionnement d'un mécanisme incomplètement construit et qu'à augmenter les modes de compensation que la nature met en jeu en pareil cas. Il doit donner des notions d'hygiène à ses malades, leur apprendre à ne pas détruire l'équilibre souvent si fragile des fonctions physiologiques de leurs organes et régler leur vie. Si le cœur est congénitalement atteint, il faut entretenir la contractilité du myocarde. Notre jeune malade appartient à cette classe si nombreuse d'*invalides du cœur* qui nous reviennent chaque semaine et auxquels il nous faudrait donner non seulement des soins médicaux, mais encore les moyens de vivre sans se fatiguer.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Cochin.* — M. le Dr Schwartz

## De la hernie congénitale péritonéo-funiculaire Cure radicale par la myoplastie

Je désire vous entretenir aujourd'hui, après vous avoir montré dans la dernière conférence la formation du canal vagino-péritonéal et la hernie qui y descend, de la hernie péritonéo funiculaire dont nous venons de rencontrer deux exemples bien typiques chez deux hommes entrés dans notre service.

Le premier est un robuste jeune homme de 19 ans, porteur de pain, couché au n° 9 de la salle Gosselin. Son père qui était un alcoolique endurci est mort de l'influenza; il avait été, un an avant sa mort, atteint d'une hernie à la suite d'un violent effort. Nous relevons dans les antécédents de notre malade une forte bronchite à 18 ans : depuis, malgré le diagnostic de tuberculose, il s'est parfaitement remis, ne tousse plus et paraît en très bonne santé.

La hernie pour laquelle il vient nous consulter date de l'enfance; il se l'est toujours connue et il a porté un bandage jusque vers l'âge de 13 ans. L'examen nous montre une hernie inguinale gauche du volume d'un petit œuf, arrivant à mi-chemin du cordon et facilement réductible. J'en ai fait la cure radicale le 4 février : j'ai incisé un sac mince dans lequel le cordon faisait saillie et qui montrait au niveau de son extrémité inférieure un rétrécissement valvulaire qui le divisait en deux parties, l'une supérieure contenant l'intestin, l'autre inférieure

Digitized by Google

plus petite et qui paraissait déshabitée. J ai extirpé le sac après avoir placé bien haut dans le canal inguinal une double ligature sur son collet, puis l'anneau étant très large, la paroi peu solide, j'ai emprunté au grand droit antérieur de l'abdomen, un lambeau pour la renforcer ainsi que je vous l'exposerai plus longuement tout à l'heure. La guérison de la plaie opératoire s'est faite sans encombre, malgré une bronchite généralisée qui a duré quelques jours et s'est accompagnée d'un léger mouvement de fièvre.

Notre deuxième malade, âgé de 18 ans, s'est aperçu pour la première fois, il y a deux ans, qu'il portait une grosseur dans la bourse droite, au-dessus du testicule correspondant; elle avait le volume du pouce, était allongée, ovale, assez régulière; elle disparut deux mois après son apparition, pour reparaître brusquement il y a quelques jours; elle n'était pas douloureuse et ne gênait qu'un peu pour la marche. Nous avons pu constater immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal droit une petite tumeur longue de 5 à 6 centimètres, grosse comme un petit œuf de pigeon, rénitente, irréductible, entraînant le testicule quand on cherchait à la réduire; je portai le diagnostic, de kyste du cordon, peut-être d'hydrocèle congénitale funiculaire, à cause de la disparition brusque de la tumeur à un moment donné, et j'allais la traiter par la cure radicale, quand elle disparut pour reparaître de nouveau; la transparence par le stéthoscope nous montrait manifestement qu'il s'agissait bien d'une tumeur liquide réductible, par conséquent d'une hydrocèle congénitale du cordon. Au-dessus d'elle, on ne sentait aucune hernie, mais une poussée indiquant la perméabilité probable du canal péritonéo-funiculaire.

La hernie péritonéo-funiculaire se présente sous deux physionomies spéciales, suivant le développement du trajet vagino-péritonéal; dans une première variété le sac congénital descend plus ou moins bas le long du cordon; quelquefois la partie oblitérée du canal séreux est encore visible sous forme d'un cordon fibreux plus ou moins épais situé entre les éléments du cordon et venant rejoindre le cul-de-sac supérieur de la tunique vaginale; dans une deuxième variété, le sac est en contact même avec la vaginale à laquelle il adhère : il n'y a qu'une cloison de séparation entre les deux séreuses; la hernie est pour ainsi dire juxtavaginale, tandis qu'elle est funiculaire proprement dite dans la variété précédente.

Comme pour la hernie péritonéo-vaginale, le testicule peut être oui ou non en ectopie et compliquer encore la situation : ce sont des cas que nous laisserons complètement de côté pour ne considérer que les formes pures de la lésion. Pour ces dernières, lorsque les caractères que nous vous signalons font défaut, il n'y a qu'un seul moyen de faire le diagnostic; c'est d'examiner au microscope le sac qui présente à sa surface des fibres musculaires lisses, restes du *gubernaculum testis*. Chez notre premier malade, nous avions avant l'opération pensé à la congénialité de la hernie en raison des commémoratifs, car la hernie acquise est rare, chez le jeune enfant; le testicule occupant sa situation normale et n'étant jamais enveloppé par l'intestin, il s'agissait d'une hernie funiculaire. Cependant nous faisions une restriction : nous vous avons montré, en effet, qu'il existe une variété du canal vagino-péritonéal dans laquelle un étranglement, un rétrécissement plus ou moins long et serré sépare le sac en deux parties, l'une supérieure ou funiculaire, seule habitée par la hernie; l'autre, inférieure ou vaginale où elle pénètre quelquefois, mais en s'étranglant.

Chez notre second malade, la congénialité de la hernie, si elle existait, nous était démontrée par la coexistence de la collection séreuse développée dans la partie funiculaire. L'opération pratiquée chez lui, nous a montré le bien fondé de notre diagnostic. Vous avez pu voir, après l'incision des parties molles, qu'il y avait un kyste séreux développé dans le cordon, dont le liquide s'évacuait par pression dans le ventre; au-dessus du kyste existait un trajet séreux communiquant avec lui par un orifice imperceptible, mais suffisant pour laisser passer le liquide et par où l'on pénétrait dans le péritoine. J'ai extirpé tout le trajet avec le kyste y attenant et procédé à la cure radicale par abaissement en décollant petit oblique et transverse et venant après les avoir abaissés, les suturer à l'arcade crurale.

Je veux spécialement attirer aujourd'hui votre attention sur ma manière de faire chez notre premier malade; j'ai mis en usage chez lui un procédé que vous m'avez vu employer souvent déjà, celui de l'autoplastie musculaire ou de la myoplastie herniaire. Il est applicable à toutes les hernies pour lesquelles le procédé de l'abaissement me paraît insuffisant, quand la paroi abdominale nous paraît trop faible et qu'il y a lieu de lui donner un renfort pour résister dans la suite à la poussée des viscères.

C'est au Congrès de chirurgie de 1893 que j'ai décrit la myoplastie herniaire qui repose sur les considérations suivantes :

Quand on examine ce qui se passe chez les individus atteints de hernie, on observe que jamais celle-ci ne se produit à travers un plan musculaire; elle file toujours à travers des aponévroses, qu'il s'agisse d'un orifice naturel ou accidentel qu'elle éraille, qu'elle distend; lorsque les hernies sont anciennes (et nous avons surtout en vue les hernies inguinales) presque toujours l'on observe une atrophie, voire même une absence totale du plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse; on les retrouve loin au-dessus du trajet herniaire. J'ai pensé pouvoir, dans ces conditions, reconstituer une paroi solide à l'aide d'un lambeau musculaire emprunté à un muscle voisin, et ce muscle a été le grand droit de l'abdomen pour les hernies inguinales, le moyen adducteur pour les hernies crurales. Le lambeau tenant par un pédicule,

Digitized by Google

assez large pour assurer sa nutrition, continue à vivre et constitue un tissu de choix pour résister à la poussée abdominale et s'opposer à la récidive que nous voyons encore assez souvent survenir après les autres manières de faire, surtout quand il s'agit de grosses hernies et de sujets à professions dures et pénibles.

Voici comment j'exécute le procédé dit musculaire ou de la myoplastie herniaire, quand il s'agit d'une hernie inguinale : après avoir réséqué le sac à l'anneau inguinal interne et fait sa ligature, les deux piliers du grand oblique étant repérés par des pinces, je mets à nu par quelques coups de sonde cannelée l'aponévrose antérieure du grand droit de l'abdomen correspondant au côté malade ; je fends la gaîne sur une hauteur de 8 à 10 centimètres près du bord externe du muscle ; la gaîne ouverte, ses deux lèvres sont saisies chacune avec une pince de Kocher, de façon à étaler largement la masse musculaire. Avec une sonde cannelée je charge un faisceau musculaire large de 3 à 4 centimètres, comprenant la moitié antérieure du droit comme épaisseur et d'une longueur de 6 à 8 centimètres et je le décolle avec le doigt une fois le chemin tracé. Je le sépare d'un coup de ciseau du reste du muscle en haut tandis qu'en bas je le laisse adhérer par un pédicule épais ; alors soulevant le pilier interne de l'anneau inguinal, j'ouvre avec un bistouri passé à plat la cloison de séparation entre le canal inguinal et la gaîne du grand droit ; j'attire par l'ouverture ainsi faite le lambeau musculaire adhérent encore par son pédicule inférieur; je le couche transversalement au-dessous du petit oblique et du transverse auxquels je le suture par 2 ou 3 points de fine soie ou de catgut ; la gaîne du grand droit est refermée par une série de points de suture sans qu'il y ait lieu de s'occuper de l'hémostase du muscle sectionné, car dans sa moitié antérieure il n'y a aucun vaisseau important et jamais il ne se forme d'hématome. Le lambeau musculaire déjà suturé au bord inférieur des petit oblique et transverse est en outre fixé à l'arcade crurale en dehors. Puis les piliers de l'anneau inguinal sont réunis par des soies n° 2 et l'opération est terminée comme d'habitude.

Vous pouvez voir sur cette planche, qui a été dessinée par mon cher maître le professeur Farabeuf, dont le talent vous est bien connu, la physionomie de l'opération que je viens de vous décrire.

Je l'ai faite à peu près une soixantaine de fois, sans jamais observer d'accidents, la réservant pour les cas que je vous ai indiqués, lorsqu'il s'agit de hernieux à parois faibles, à anneaux larges, à tissus flasques ; j'espère pouvoir bientôt, maintenant que mes opérés commencent à avoir subi suffisamment l'épreuve du temps, vous montrer les résultats thérapeutiques éloignés : mais d'ores et déjà je puis vous assurer que ceux que j'ai revus opérés depuis deux, trois et même quatre ans, se présentent dans des conditions parfaites.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Comment il faut prescrire la poudre de Dower

Par M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules)
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

A l'article « poudre de Dower » des formulaires je trouve ceci : « Sudorifique vanté contre les affections rhumatismales peu ou point fébriles », voilà tout. Et cependant cette poudre composée rend des services ailleurs que dans les affections précitées et autrement que comme sudorifique : nous essaierons de le prouver.

La poudre de Dower du Codex de 1884 contient 40 parties de nitrate et 40 parties de sulfate de potasse pour 10 d'ipécacuanha et 10 d'opium officinal séché, le tout réduit en poudre fine. Dans la poudre de Dower du Codex de 1866 il y avait, pour les proportions ci-dessus de sels potassiques et d'ipéca, dix parties d'extrait d'opium au lieu de dix parties de poudre d'opium : la poudre de de Dower d'aujourd'hui a donc, en tant que préparation opiacée, moitié moins de valeur que celle du Codex de 1866 ; un gramme de poudre du nouveau Codex — voilà ce qu'il faut bien savoir — égale 0 gr. 10 d'opium sec qui équivalent à 0 gr. 05 d'extrait d'opium puisque l'opium donne la moitié de son poids d'extrait thébaïque.

Les maladies dites rhumatismales sont de celles que l'on soulage — ceci est d'expérience vulgaire — en provoquant la transpiration : en raison de l'élément douleur il vaut mieux, au cas particulier, s'adresser à un sudorifique contenant de l'opium qu'à un qui n'en contient point, et à un qui contient de l'opium plutôt que de la morphine, l'opium étant doué de propriétés sudorifiques plus marquées que cette dernière. L'observation nous a montré que la poudre de Dower, dans laquelle l'opium nature est mélangé à d'autres substances, arrive plus vite à la sudation et à la sédation désirées que la poudre d'opium toute seule quand la douleur coïncide avec de la fièvre : d'une part, l'opium calme la douleur directement, et indirectement en provoquant la transpiration; d'autre part, l'ipéca et les sels potassiques, si faibles soient leurs doses respectives, complètent l'action de l'opium en intervenant comme antiphlogistiques et modificateurs des exsudats cellulaires interstitiels. Pour obtenir ce résultat il faut, le malade étant couché, vêtu d'une chemise de flanelle et entouré de couvertures, faire prendre, dans les cas ordinaires chez l'adulte, 0 gr. 60 de poudre de Dower en trois doses de 0 gr. 20 chaque, une d'heure en heure. Aussitôt que la transpiration commence, il y a lieu, même dans l'intervalle des paquets, d'administrer une tisane aromatique bien chaude; malgré l'ipéca que recèle la poudre, je n'ai jamais vu le vomissement survenir. Lorsque la sudation bat son plein, on l'entretient aussi longtemps que l'on veut avec des couvertures, douze heures si cela est nécessaire. Notez que Rilliet et Barthez n'hésitaient pas à prescrire 0 gr. 20 à 0 gr. 30 de poudre

Digitized by Google

de Dower aux enfants de 4 à 6 ans atteints de rhumatisme articulaire subaigu. J. Simon recommande les mêmes doses pour les mêmes âges et déclare que c'est un excellent médicament. A ces doses-là (car ils utilisaient la poudre de l'ancien Codex) les maîtres administraient 0 gr. 01 à 0 gr. 015 d'extrait d'opium : s'ils n'ont jamais relevé les accidents convulsifs ou comateux que l'on rencontre habituellement chez les enfants soumis à des doses d'opium même moyennes, ne doit-on pas en attribuer la raison aux diverses substances associées à l'opium dans la poudre de Dower?

Cette poudre de Dower nous est un remède précieux au début de la rougeole et de la scarlatine, alors que l'éruption est incomplètement sortie et qu'il existe beaucoup de fièvre et d'agitation. Nous la préférons, en cette occurrence, aux préparations ammoniacales qui sont d'une saveur désagréable et, du reste, ne calment pas l'irritation nerveuse : après une seule prise de 0 gr. 20 ou de 0 gr. 30 de poudre de Dower et sans qu'on soit obligé d'entourer l'enfant de couvertures, on assiste à une transpiration qui paraît favoriser l'exanthème, et, en tout cas, coïncide avec un abaissement de température et une euphorie incontestables. D'accidents convulsifs ou comateux, provoqués par l'opium de la poudre, je n'en ai jamais vu ; mais je répète que je ne l'emploie pas avant l'âge de quatre ans, et j'ajoute — ceci est de première importance — que je me garde bien, comme dans les affections rhumatismales où soi-disant il ne sert à rien, de tenir compte de la susceptibilité nerveuse, d'ordonner le remède en plusieurs prises, une d'heure en heure : cette manière d'opérer m'a paru mauvaise; de cette façon vous agacez le système nerveux de l'enfant qui reste tout aussi agité qu'auparavant, tandis qu'avec une seule dose de 0 gr. 20 à 4 ans, de 0 gr. 25 à 5 ans, de 0 gr. 30 à 6 ans (dose qu'il ne faut pas dépasser même chez les plus âgés), vous le calmez immédiatement et excitez la moiteur de la peau. Rien de plus efficace dans ce double but que la formule pour un enfant de 4 ans :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower..... | ãã 0 gr. 20 |
| Soufre lavé..... | |

M.

La toux rauque du début de la rougeole est très favorablement impressionnée par le soufre mélangé à la poudre de Dower.

Je n'ai eu qu'à me féliciter tout récemment de l'emploi de cette dernière dans un cas d'urticaire intense, confluente, disséminée sur tout le corps et sur toute la muqueuse de la bouche, avec agitation et hyperthermie, chez une jeune femme dyspeptique qui, la veille, avait mangé une sole. L'amélioration, en même temps que la franche apparition des plaques ortiées, coïncida avec une abondante transpiration et la chute de la fièvre.

Au début de la grippe, la poudre de Dower nous rend aussi des services. Tout le monde sait que, dans cette maladie, la laryngite, la trachéite catarrhales, les douleurs de membres, voire même la fièvre sont amendées par une forte sudation : rien n'est plus propre à susciter celle-ci, chez les grandes personnes mises au lit et entourées de couvertures, que la poudre de Dower par prises, comme dans les affections rhumatismales, de 0 gr. 20 (0 gr. 60 en trois prises de 0 gr. 20, chacune donnée à une heure d'intervalle et suivie de quelques gorgées d'un lait de poule bien chaud). La toux bénéficie la première de l'action sédative de la préparation; l'inflammation de la muqueuse de l'appareil respiratoire, de son action diaphorétique révulsive. Si petite soit-elle, la petite dose d'ipéca contenue dans la poudre décongestionne les poumons en resserrant par excitation les fibres musculaires lisses de leurs vaisseaux et de leur parenchyme, combattant ainsi énergiquement la congestion active dont ils sont le siège et qui s'annonce par un redoublement de la toux et de la dyspnée et par des crachats hémoptoïques, — la combattant bien plus énergiquement si l'on prend soin de l'associer à d'autres agents modérateurs de la congestion pulmonaire, tels que le sulfate de quinine et la jusquiame, d'après notre formule :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower..... | ãã 0,30 à 0,40 |
| Sulfate ou bromhydrate de quinine. | |
| Poudre de jusquiame..... | 0 gr. 10 |

M. pour une prise. — Deux semblables par jour.

En pareil cas, comme dans la congestion pulmonaire des fièvres éruptives, il faut frapper avec des doses énergiques, et ne pas faire ingérer toute la journée, à intervalles de deux ou trois heures, des doses trop faibles, incapables — qu'on me pardonne ce langage imagé — d'« exprimer le poumon comme la main exprime l'éponge ». Les petites doses de poudre de Dower auxquelles vous reviendrez quatre ou cinq fois dans la journée, réservez-les à la fois pour modérer la congestion broncho-pulmonaire et pour faciliter l'expectoration dans les attaques d'asthme catarrhal; car, par son ipéca, certainement aussi par ses sels potassiques, la poudre de Dower est un bon expectorant : bon expectorant sans doute parce qu'elle provoque de l'hypersécrétion bronchique qui fluidifie les produits visqueux accolés aux bronches et déposés dans les alvéoles pulmonaires, aussi parce qu'elle exerce sur les fibres musculaires bronchiques une action excito-motrice qui facilite l'expulsion de ces produits. L'opium, qui en fait partie, contrebalance un peu les effets expectorants qu'il est loisible d'exagérer, chaque fois que les crachats visqueux se détachent mal au début des bronchites subaiguës, comme dans les bronchites des vieillards, des diabétiques, à l'aide d'adjuvants tels que la scille (Huchard) ou tels que ceux de notre formule :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower..... | 0 gr. 15 |
| Gomme ammoniaque..... | ãã 0 — 05 |
| Benjoin de Siam..... | |
| Baume de soufre anisé..... | II gouttes |

M. pour une pilule. — A prendre 5 ou 6 par jour ; une toutes les deux ou trois heures.

Digitized by Google

Rien de plus commode, dans la bronchite hypostatique des cardiaques, que d'associer la poudre de Dower à la poudre de digitale ; la bronchite tuberculeuse a été traitée par des pilules à l'iodoforme et à la poudre de Dower (0 gr. 05 du premier, pour 0 gr. 10 du second par pilule — 3 par jour aux repas).

Par son opium, mais aussi par son ipéca qui, sans qu'on sache trop pourquoi, modère les affections inflammatoires du gros intestin, la poudre de Dower triomphe des diarrhées aiguës : de la diarrhée *a frigore* de l'adulte, à la dose de deux paquets par jour de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 ; de la diarrhée de l'enfant pendant la dentition, à la dose de 0 gr. 05 seulement, le soir notamment en vue de lui procurer aussi un sommeil bienfaisant ; à la même dose de la diarrhée coïncidant au déclin de la rougeole avec une toux fréquente, fatigante, avec des démangeaisons de la peau en voie de desquamation. Des doses de 0 gr. 15, répétées plusieurs fois par jour, se sont montrées utiles dans la diarrhée typhoïdique. Dans les diarrhées chroniques rebelles non tropicales où il n'autorise comme nourriture que la viande crue, Huchard recommande encore la poudre de Dower (0 gr. 50 à 1 gramme *pro die*) seule ou jointe à parties égales d'extrait de ratanhia, d'extrait de monésia et de poudre de colombo ou de sulfate de quinine. Témoin des salutaires effets des pilules de Segond (ipéca 0 gr. 40, calomel 0 gr. 20, extrait aqueux d'opium 0 gr. 05, extrait de rhubarbe q. s. pour 6 pilules — une toutes les deux heures) dans la diarrhée chronique — je ne dis pas dans la dysenterie chronique — des gens qui nous reviennent des régions tropicales, j'ai songé à m'aider dans son traitement de la poudre de Dower qui contient l'ipéca et l'opium, mais j'ai remplacé le calomel par le *grey powder* ou *hydrargyrum cum creta* de la pharmacopée britannique :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower..... | àà 0 gr. 05 |
| Hydrargyrum cum creta..... | |
| Extrait de rhubarbe..... | Q. s. |

M. pour une pilule. — 6 à 10 par jour.

Voici une de nos formules contre la diarrhée de l'entérite tuberculeuse :

| | |
|---|---|
| Poudre de Dower..... | 10 gr. |
| — de craie composée... | àà 20 — |
| — de colombo..... | |

M. pour 60 paquets. — A prendre deux par jour.

Après Lacoste et Descamps (1860), plus récemment avec J. Faivre (de Lyon), dirai-je, pour être complet, que la poudre de Dower, dont nous avons signalé les propriétés sudorifiques, s'est montrée un anhidrotique puissant, supprimant du premier coup, à la dose massive de 0 gr. 50, les sueurs profuses des phtisiques, à la condition qu'on la prescrive dès le début de la transpiration ?

## Formulaire du Praticien

**Traitement de l'épilepsie.** — Le traitement de l'épilepsie comprend deux indications : la première s'applique à l'accès paroxystique et la deuxième vise les causes qui déterminent la maladie. Pour empêcher ou diminuer considérablement le nombre des accès, il faut supprimer les causes. C'est ainsi que dans l'épilepsie partielle à aura sensitive ou motrice d'un membre, Odier conseille la compression du membre au-dessus du point qui est le siège de la sensation anormale. La flexion ou l'extension forcée ou encore la torsion d'un doigt, de la main, d'après Brown-Séquard, peut arrêter une attaque. La compression de la carotide a donné d'heureux résultats entre les mains d'Alexander pour un malade qui avait des accès douloureux siégeant dans la région du maxillaire supérieur. Charcot conseillait l'application de glace sur la région précordiale chez les individus qui avaient une aura cardiaque, Féré a obtenu la suspension d'accès en appliquant des bottes de Junod. Tous ces moyens, dit M. J. Voisin (*L'Epilepsie*), ne sont pas sûrs et échouent souvent ; chez certains sujets, ils produisent de bons effets, chez d'autres, un résultat tout opposé. Cela tient à la prédisposition de chacun. Si on ne peut empêcher l'accès, du moins, quand il est imminent, on doit protéger le malade autant que possible contre le choc, et éviter la suffocation; il faut une grande surveillence la nuit, car les malades pourraient mourir étouffés en se tournant la face contre un oreiller, il faut les mettre dans le décubitus latéral, car la langue paralysée tombe dans le pharynx et peut déterminer la suffocation.

Une hygiène des mieux entendues doit être suivie par l'épileptique. L'épileptique est un être éminemment excitable et impulsif, et il faut surveiller son éducation, son instruction, son alimentation et son habitation. Jamais, on ne poussera les jeunes épileptiques vers des travaux intellectuels demandant une grande tension d'esprit. La vie calme à la campagne et un travail manuel aux champs leur sont des plus favorables. Les personnes chargées de l'éducation d'un enfant épileptique doivent avoir une grande fermeté en même temps qu'une grande douceur, et doivent être très indulgentes.

L'alimentation doit être surveillée avec soin, car les troubles digestifs sont presque toujours l'indice d'un accès, et, sous l'influence d'un écart de régime, l'épileptique est sujet à des accès convulsifs. Hughlings Jackson recommande une nourriture variée et substantielle, et, de plus, croyant que l'épilepsie résulte de modifications de nutrition de la substance nerveuse, il préconise l'usage d'huile phosphorée pour suppléer à l'excès d'élimination de phosphore. M. J. Voisin s'est bien trouvé de donner à ses sujets débilités du sirop de lactophosphate de chaux, et aussi de l'*osseoneurone* (Oliveiro), produit dérivé de l'acide orthophosphorique dont deux des fonctions acides sont remplacées par deux hydrates de carbone facilement

Digitized by Google

destructibles par les combustions vitales, la troisième fonction acide étant saturée par une base alcaline ou alcalino-terreuse. On en donne de 0.20 à 0,40 centigr. par vingt-quatre heures. L'acidité urinaire augmente dans des proportions considérables à la suite du traitement par l'osseoneurone. Dans le traitement de l'épilepsie, la balnéation et l'hydrothérapie doivent être également recommandées et prescrites avec méthode. C'est un moyen excellent de tonifier le système nerveux, d'activer les fonctions de la peau, et, par suite, l'élimination des toxines de l'économie. Une habitation spacieuse, bien aérée, bien exposée au soleil levant, doit être recherchée pour les épileptiques.

A côté de tous ces moyens hygiéniques que nous n'avons fait qu'ébaucher, il existe un traitement chirurgical qui n'est applicable qu'à des cas bien déterminés sur lesquels nous n'insisterons pas, et un traitement médical médicamenteux qu'il n'est pas inutile de rappeler.

J. Voisin ayant remarqué que beaucoup d'épileptiques présentent de l'état gastrique avant et pendant leurs accès, avec de l'hypotoxicité urinaire, pense qu'il faut avoir recours à la méthode évacuante. Des vomitifs et des purgatifs doivent être administrés aussitôt que l'état saburral de la langue se prononce; s'ils sont insuffisants, il est bon de laver l'estomac et d'administrer du naphtol ou du bétol, 50 centigrammes à 1 gramme, en cachets aux repas. J. Voisin recommande en même temps l'administration de lait et de lactose, 40 à 60 grammes. Puis, aussitôt que les symptômes gastriques ont disparu, on reprend la médication bromurée avec l'hydrothérapie. Le drap mouillé, les lotions avec de l'eau alcoolisée sur tout le corps, en stimulant la peau, et en activant ses fonctions éliminatrices. sont aussi des moyens que l'on doit employer aussitôt qu'à la suite d'accès en série, on voit la température dépasser 38°,5 et monte à 39°. Dans certains cas d'état de mal ou d'accès en série où la température monte rapidement, des injections sous-cutanées de sérum artificiel peuvent produire de bons résultats.

Les antispasmodiques et les calmants sont les médicaments qui ont tenu et tiennent encore la plus grande place dans la thérapeutique. Le camphre, les fleurs de tilleul et d'oranger, le gallium, l'éther, la morphine calment pour un instant les accès. La belladone, l'atropine sont surtout efficaces dans l'épilepsie nocturne, dans l'incontinence d'urine. On peut employer la formule de Trousseau :

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de belladone..... | àà | 0,01 centigr. |
| Poudre — ..... | | |

Pour une pilule. 2 à 4 par jour.

ou bien la formule de Leuret :

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de belladone..... | àà | 1 gramme |
| — stramonium... | | |
| Camphre..... | àà | 0,05 centigr. |
| Opium..... | | |

Pour 100 pilules, 5 à 10 par jour.

On a préconisé également le nitrate d'amyle (Weir. Mitchel, Bourneville), le sulfate ammoniacal, la valériane sous toutes ses formes, les pilules de Méglin, l'oxyde de zinc (Herpin). J. Voisin prescrit quelquefois quatre des pilules suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc..... | àà | 0 gr. 10 |
| Poudre de valériane..... | | |
| — de belladone..... | | 0 gr. 01 |
| Savon médicinal..... | | Q. s. |

Pour une pilule.

Le nitrate d'argent a donné quelques succès à Féré, Gowers conseille le borax, l'arsenic. L'antipyrine réussit contre l'élément douloureux, mais ne modifie en rien les accès. Couyba et Hambursin eurent des résultats heureux avec la teinture de coque du levant (20 à 50 gouttes) ou la picrotoxine (1 à 6 milligr.). J. Voisin obtint de légères améliorations avec un sirop composé de bromure de potassium et d'extrait de pivoine, connu sous le nom de sirop antinerveux de Tardif.

Mais le médicament qui a rendu les plus grands services est, sans contredit, le bromure de potassium, à dose assez forte, jusqu'à 10 gr. par jour (en moyenne 4 à 6). L'association du bromure de potassium avec le bromure d'ammonium et de sodium a paru à Ball et à Charcot produire de meilleurs effets que le bromure de potassium seul :

| | | |
|---|---|---|
| Bromure de potassium..... | àà | 25 grammes |
| — d'ammonium..... | | |
| — de sodium ..... | | |
| Eau..... | | 1000 — |

On commence par 4 cuillerées *pro die*.

On peut associer le bromure de potassium au nitrate de pilocarpine, dans la formule suivante de J. Voisin :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium..... | 70 grammes |
| Nitrate de pilocarpine..... | 0 gr. 035 |
| Sirop d'écorces d'oranges amères | 400 gr. |
| Eau ..... | 600 gr. |

Chaque cuillerée contient un gramme de bromure et un demi milligramme de nitrate de pilocarpine.

Un fait est à retenir dans l'administration des bromures, c'est qu'elle doit être suspendue lorsque les malades sont en démence et présentent un état spasmodique. Chez ces malades, dit Voisin, l'état gastrique est presque continuel et aussitôt qu'on leur donne du bromure, on voit cet état gastrique augmenter, ainsi que les accès. Il faut alors leur prescrire de la lactose, du naphtol, des bains et des pilules de valériane et d'oxyde de zinc. — M. Deguy.

---

**Traitement de la laryngite striduleuse :**

| | |
|---|---|
| Citrate de potasse..... | 7 grammes |
| Poudre d'ipéca..... | 15 — |
| Laudanum Sydenham.... | XX gouttes |
| Sirop simple..... | 15 grammes. |
| Eau..... | q. s. p. f. 120 grammes |

M. D. S. — A donner aux enfants plus âgés une cuillerée à café toutes les deux heures (*Cntrbl f. gsmmte Ther.*, 1896).

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

**Troubles du goût et de l'odorat dans le tabes.** — Ces troubles sont à peine mentionnés par les classiques. Vulpian, par exemple, dit seulement : « L'odorat est rarement modifié ou du moins les modifications de ce sens, si elles existent, sont peu connues ; cependant, on sait qu'il peut y avoir anosmie à divers degrés. » Leyden dit que l'odorat et le goût ne sont jamais sensiblement troublés. Marie, cependant, a signalé des troubles subjectifs de l'appareil de la gustation et de l'olfaction parfois, de l'anosmie, de l'agueusie. Joffroy et Hanot ont rapporté des observations de perversion du goût, de diminution de la sensibilité gustative ; Falret et de Massary ont cité des cas analogues.

Toutefois, ces troubles passent aux yeux de tous pour être rares. Ce n'est pas cependant l'avis de M. Klippel, qui, dans un intéressant article (*Archives de neurologie*, avril 1897), étudie avec soin ces troubles olfactifs et gustatifs. Klippel distingue deux catégories de faits : dans la première, le goût et l'odorat sont profondément modifiés, au point que les malades se plaignent et attirent de ce côté l'attention du médecin, le symptôme a alors une importance réelle, il prend une part incontestable à la symptomatologie de la maladie. Dans la seconde catégorie, il existe, en réalité, quelques troubles du côté de la pituitaire et de la muqueuse linguale, mais ils nécessitent une recherche et sont dans un plan fort éloigné par rapport aux autres signes de la maladie. Cette seconde catégorie de faits est la plus fréquente.

Les deux ordres de nerfs sensibles : sensibilité spéciale (olfactif et glossopharyngien) ; sensibibilité générale (trijumeau) tant dans l'appareil du goût que dans celui de l'odorat sont le plus souvent simultanément altérés.

Le malade peut présenter de l'agueusie et aussi de l'anesthésie linguale, et invariablement d'autres anesthésies dans la sphère du trijumeau. De plus, les troubles observés ne sont pas fatalement le résultat d'une lésion portant sur le nerf olfactif ou sur le glosso-pharyngien. Les altérations du nerf nasal et du nerf lingual peuvent, à elles seules, modifier le goût et l'odorat et peuvent être seuls en cause chez quelques tabétiques,

L'ensemble des symptômes observés du côté de l'appareil du goût, peuvent se diviser en phénomènes d'anesthésie uni ou bilatérale, ou en phénomènes de perversions. L'anosmie et l'agneusie totales sont assez fréquentes. En ce qui concerne l'odorat, on peut reconnaître la disparition de l'éternuement et du reflexe que les odeurs fortes provoquent normalement, ainsi que l'abolition de leur action reflexe vaso-motrice du nez à la conjonctive. Pour le goût, le reflexe exercé par les substances sapides sur la sécrétion salivaire est diminué, et, au contraire, augmenté dans les cas de perversion de goût où la salivation est plus abondante, où la sialorrhée peut être extrême.

Les perversions de l'odorat et du goût consistent en des sensations subjectives ; le malade perçoit une odeur ou une saveur en l'absence de l'objet qui a cette saveur ou cette odeur. Les perversions de la sensibilité générale qui se produisent dans les branches nasale et linguale du trijumeau, sont des paresthésies de forme variable. On peut observer une *crise nasale aiguë* qu'on peut rapprocher, de tout point, d'une crise laryngée ou d'une crise gastrique. Cette crise nasale, analogue au coryza spasmodique, au coryza des arthritiques, se caractérise par une première période, une aura paresthésique de la joue, du cou et du nez, puis une seconde période accusée par des picotements dans la narine gauche et terminée par un accès d'éternuement. Il n'y a pas de troubles vaso-sécréteurs notables.

En dehors des accès, des troubles persistent du côté de la pituitaire (abolition du reflexe nasal, anesthésie nasale, hémi-anosmie).

Les perversions de la sensibilité spéciale se caractérisent par des sensations subjectives, les odeurs accusées sont variables, l'odeur de poisson pourri est la plus typique. Parfois, ces fausses sensations du goût ou de l'odorat sont continuelles ; dans d'autres cas, on n'observe que des perversions passagères ; sensation de goût amer, de goût de terre, survenant spontanément ou à l'occasion des aliments. Le goût peut être profondément atteint sans catarrhe gastrique ni sans état saburral de la langue. Parfois, cependant, on trouve sur la partie centrale de la langue un dépôt blanchâtre, mou, humide, ou bien on note une coloration blanchâtre ou grisâtre de toute la surface linguale, mais sans dépôt de quelque épaisseur, la bouche est sèche, la soif augmentée. Cet état de la langue, compatible d'ailleurs avec d'assez bonnes digestions, relève, d'après Klippel, du tabes lui-même, c'est un trouble trophique de la muqueuse linguale, et on est autorisé à donner le nom de *langue saburrale névropathique*.

Parfois, les hallucinations sensorielles sont telles que, si l'intelligence du malade fléchit, l'interprétation délirante apparaît, le malade devient un persécuté et il est de première nécessité de connaître ce délire d'origine tabétique, car, dans certains cas, le tabes peut être fruste, caché aux yeux du médecin, tandis que le délire, qui en est la conséquence, se développe et devient symptôme prédominant. Lorsque le goût et l'odorat sont notablement altérés, on observe presque toujours d'autres symptômes bulbaires, des troubles de la déglutition, avec parésie du voile du palais, une salivation d'intensité peu commune, des paralysies permanentes des muscles moteurs des paupières, de l'impossibilité de préciser le point où on opère un contact sur la peau de la face.

Digitized by Google

Les troubles du goût et de l'odorat peuvent se montrer dès le début du tabes, ce sont des signes précoces et, partant, d'une grande valeur diagnostique. Dans certains cas, ils apparaissent tardivement et ont beaucoup moins d'importance, c'est alors surtout l'anosmie et l'agueusie qu'on observe. Le goût et l'odorat peuvent être frappés d'une façon continue ou se montrer atteints sous la forme intermittente et représenter des accidents plus ou moins fugaces. Cette dernière modalité est même très fréquente.

Au point de vue anatomo-pathologique, Klippel insiste sur les lésions qu'il a rencontrées dans les ganglions d'Andersch et de Gasser, et, au point de vue pathogénique, il croit que le tabétique peut pâtir du côté du goût et de l'odorat par l'altération de nerfs différents, suivant les cas, c'est-à-dire soit par la lésion des nerfs de la sensibilité spéciale (nerf olfactif et glosso-pharyngien), soit par celle du nerf de la sensibilité générale de la langue et de la pituitaire, soit peut-être même par les nerfs du sens musculaire. — M. Deguy.

## MÉDECINE INFANTILE

**Fréquence de la tuberculose dans les grandes paralysies infantiles.** — La paralysie infantile laisse après elle des atrophies et des déformations souvent considérables; un membre entier, souvent deux, se trouvent arrêtés dans leur développement; pourtant l'on voit ces malades, guéris de leur affection primitive, présenter une bonne santé et parvenir à l'âge adulte. Mais que deviennent-ils plus tard ? La plupart des auteurs se contentent de dire d'une façon générale que la paralysie infantile a un pronostic bénin, au point de vue de la léthalité et que les individus qu'elle a atteints succombent ordinairement à un âge avancé. Il convient pourtant de distinguer les paralysies infantiles limitées, laissant après elles des lésions peu étendues, et les formes graves où les atrophies portent sur les membres entiers. C'est un malade de cette dernière catégorie qu'ont observé MM. Gilbert et Garnier (*Soc. de biologie*); entré dans le service pour de la toux, il a succombé après quelques semaines à des accidents de méningite tuberculeuse. « Cette coïncidence de la tuberculose avec des atrophies étendues, disent MM. Gilbert et Garnier, nous a paru digne de remarque, et il nous a semblé intéressant de rechercher si ces malades n'avaient pas, de même que les amputés, une aptitude particulière à contracter la tuberculose.

« Nous avons recherché dans la bibliographie de la paralysie infantile comment mouraient les malades porteurs de ces déformations; nous avons ainsi relevé quinze cas dans lesquels la cause de mort était indiquée. Nous avons éliminé tous les cas où la mort était survenue avant l'âge adulte, et aussi ceux où il y avait eu reprise tardive d'amyotrophie, ces cas étant complexes.

« Dans ces quinze cas de paralysie infantile, seize avec le nôtre, cinq fois la mort a été causée par la tuberculose. Si maintenant nous considérons quelle était l'étendue des lésions, nous voyons que neuf fois elles portaient sur deux membres au moins à la fois; mais parmi ces neuf cas, trois fois l'atrophie prédominait sur un membre, la marche restant. Restent donc six cas de formes graves avec atrophies très étendues, et sur ces six cas, quatre fois la mort a été causée par la tuberculose. Par contre, dans les dix autres cas, la tuberculose n'est relevée qu'une fois seulement. .

Il semble donc que les malades porteurs d'atrophies étendues consécutives à la paralysie infantile aient une aptitude spéciale à contracter la tuberculose. Or, ces malades sont comparables à plus d'un titre aux amputés; la prédisposition à l'infection tuberculeuse, qui les rapproche encore, relève très probablement des mêmes causes. Les diverses hypothèses mises en avant pour expliquer la fréquence de la tuberculose chez les amputés doivent donc être examinées. Une première est à écarter ici : c'est l'influence du milieu nosocomial, sur des malades ayant longtemps séjourné à l'hôpital ; cette influence peut être invoquée seulement chez des anciens paralytiques infantiles qui ont eu des reprises d'amyotrophies, et c'est une des raisons qui nous ont fait écarter ces malades de notre statistique. On peut se demander aussi si la difficulté de l'existence résultant de leur infirmité ne met pas ces malades dans un état de débilitation qui facilite l'implantation du bacille ; mais il faut remarquer que plusieurs de ces malades ont passé une partie de leur existence dans les hospices, milieu où, comme le fait remarquer M. Marie, la tuberculose est beaucoup moins fréquente que dans les hôpitaux. C'est ainsi qu'un malade de MM. Charcot et Joffroy était resté vingt-quatre ans à la Salpêtrière avant de devenir tuberculeux ; un, de MM. Dejerine et Huet, n'a contracté sa pleurésie que deux ans et demi après son entrée à Bicêtre; enfin notre malade, qui n'avait jamais été dans les hôpitaux avant son entrée à Broussais, ne paraissait pas dans une condition misérable.

Reste enfin une dernière hypothèse : l'atrophie d'une grande étendue des membres, la disparition d'une grande quantité de masses musculaires diminuerait la résistance de l'organisme vis-à-vis du bacille tuberculeux. C'est l'hypothèse émise par M. Marie à propos des amputés. Elle nous paraît devoir spécialement attirer l'attention ici, surtout si des observations ultérieures viennent confirmer ce fait que ce sont les formes graves de paralysie infantile qui conduisent le plus souvent à la tuberculose. »

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**L'antipyrine tarit et supprime la sécrétion lactée.** — Parmi les médicaments que ces dernières années ont vu naître et grandir, l'antipyrine est certainement celui dont la fortune a été la plus grande et la plus rapide. L'usage en a été multiplié dans toutes les branches de la

Digitized by Google

science médicale ; le domaine en est très étendu ; et à tel point que l'on peut dire que l'antipyrine est devenue un médicament courant, populaire presque, tant est grande la facilité avec laquelle elle est utilisée et employée, même sans ordonnance médicale.

Il risque donc d'être traité de présomptueux, celui qui prétend publier aujourd'hui quelque chose de nouveau relatif à l'antipyrine. Cependant, persuadé qu'il y a toujours intérêt à connaître les résultats fournis par l'observation clinique attentive, nous voulons signaler une application thérapeutique nouvelle, basée sur une action qui nous paraît indiscutable ; nous voulons parler des *bons effets de l'antipyrine dans les cas où l'on veut tarir la sécrétion lactée.*

Cette action a déjà été signalée par nous dans les *Archives de tocologie et de gynécologie* en juin 1891. C'est donc une question déjà vieille, pourrait-on dire. Elle nous paraît cependant avoir acquis un peu de renouveau, grâce à la communication récente du professeur Hergott à la Société de médecine de Nancy, communication dont ce journal, le *Journal des Praticiens*, s'est fait l'écho.

Dans le numéro du 6 mai 1897 de cet estimable journal, nous relevons, en effet, les phrases suivantes :

« Un auteur américain avait, en 1890, vanté les bons effets de l'antipyrine comme antigalactogogue. Malheureusement ces expériences ne furent pas reprises par l'auteur ; le prof. Hergott, dans ses essais (Soc. de méd. de Nancy), n'a pu arriver à des résultats positifs qu'en employant de très fortes doses d'antipyrine, ce qui en rend l'emploi absolument dangereux. » Cet extrait contient des assertions auxquelles nous ne pouvons souscrire. Aux essais de l'accoucheur nancéen, nous allons apporter des faits cliniques nombreux, impartialement vus et observés.

*En 1889*, pendant notre internat à la Clinique infantile de Montpellier, dirigée par notre regretté maître, le prof. agrégé Batlle, nous avions déjà constaté avec l'antipyrine la diminution de la sécrétion lactée. *En janvier 1890*, le roulement de l'internat nous amena à la Clinique d'accouchements. Nous signalâmes le fait à notre nouveau chef de service, M. le prof. Grynfeltt, qui, avec une bonne grâce et une amabilité dont nous ne saurions trop nous montrer reconnaissants, voulut bien nous permettre d'instituer sur les nouvelles accouchées des expériences ayant trait à ces nouvelles applications thérapeutiques de l'antipyrine. Nos premiers essais remontent au mois de mai 1890. Déjà en 1888, le Dr Galemi, de Nice, avait publié une observation concernant l'action antigalactogogue de l'antipyrine. Deux ans plus tard, le Dr Rejan-Termisson avait constaté cette même action chez six nourrices.

Lorsque nous avons commencé nos expériences, nous ignorions profondément la communication du Dr Galemi et le résultat des recherches du Dr Termisson n'avait pas encore été publié. Nous nous faisons cependant un devoir de les signaler. Nous avons donné l'antipyrine à dix-neuf nouvelles accouchées dans le but de supprimer leur sécrétion lactée. Nous estimons que la lecture de ces observations, qui se ressemblent toutes du reste, serait trop fastidieuse ; nous n'en donnerons donc que les grandes lignes. Nos dix-neuf accouchées furent divisées en deux séries : 1° celles qui ont allaité pendant quelques jours ; 2° celles qui n'ont pas allaité du tout.

Pour les premières (7 observations), la dose moyenne et quotidienne a été de 3 grammes, continuée pendant trois à quatre jours. Chez les secondes (12 observations), la dose a été bien moindre et 2 grammes par jour pendant quatre jours ont toujours suffi pour vider les seins.

Nous avons, le plus souvent, donné le médicament en cachets de 0 gr. 25. L'accouchée prend un de ces cachets toutes les deux heures, ayant soin toutefois, de laisser un intervalle un peu plus long entre celui qui précède et celui qui suit les deux repas du jour.

Ajoutons enfin un détail qui a son importance : toutes nos femmes sont soumises au même régime alimentaire que les accouchées qui allaitent leur nourrisson ; on pourrait en effet nous objecter qu'un régime sévère et une diète relative auraient pu, à eux seuls, amener le résultat obtenu.

Ce dernier, dans tous les cas, a été très heureux ; après l'absorption du médicament les seins de nos nourrices devenaient vides et flasques ; la sécrétion lactée était complètement tarie. M. le professeur Grynfeltt et Mme Rolland, accoucheuse distinguée, ont, l'un et l'autre, dans leur clientèle privée, fait les mêmes constatations. Depuis 1891, nous-même dans un canton populeux de l'Hérault, nous nous sommes constamment servi de l'antipyrine dans les cas analogues ; jamais notre attente n'a été déçue.

Nous disons donc : l'antipyrine supprime la sécrétion lactée. Est-il nécessaire, pour atteindre ce résultat, de donner des doses dangereuses ? Non. Tout le monde connaît les accidents déterminés par l'absorption d'une trop grande quantité de ce médicament. Ils peuvent se résumer ainsi : sueurs abondantes, éruptions diverses, céphalalgies, vomissements. et d'une façon plus générale phénomènes gastriques. Nous avons constamment eu notre attention attirée sur ce point, chez nos accouchées ; jamais nous n'avons eu d'accidents à observer et cependant certaines de nos malades ont pris jusqu'à 16 grammes en six jours et 14 grammes en cinq jours. Tout en faisant jouer un rôle considérable aux idiosyncrasies médicamenteuses, il est à remarquer cette tolérance particulière des nouvelles accouchées vis-à-vis de l'antipyrine, tolérance que l'on pourrait rapprocher de celle des femmes enceintes à l'égard des préparations opiacées. Sans chercher à expliquer ce phénomène, sachant que l'antipyrine passe facilement dans les urines, il nous paraît que l'intégrité du filtre rénal est une condition indispensable pour la régularité de cette élimination, et nos femmes en expérience n'ont jamais eu de l'albumine dans les urines. L'antipyrine s'élimine par les urines et par le lait. Pour la retrouver dans les premières, c'est le perchlorure de fer

Digitized by Google

qui nous a servi de réactif ; dans un liquide renfermant des traces du médicament, il donne une coloration brun rougeâtre des plus nettes. Cette réaction s'obtient environ douze heures après l'absorption de la première dose d'antipyrine et se produit encore trente-six heures après la dernière prise. Pour ce qui concerne l'élimination par le lait, nous avons constaté un retard plus grand et ce n'est environ que vingt-quatre heures après la première absorption que le lait de nos femmes présente des traces d'antipyrine. Quelques gouttes d'acide azotique ajouté au lait renfermant des traces du médicament produisent une légère coloration verte. Il nous resterait maintenant à examiner le mode d'action de l'antipyrine. Ce point important de physiologie thérapeutique a été mis de côté ; il aurait nécessité des recherches qui nous auraient éloigné du côté clinique de la question, le seul que nous avons voulu étudier.

Pour nous résumer, nous dirons : 1° l'antipyrine supprime la sécrétion lactée ; 2° cette médication est des plus inoffensives. — Dr Guibert, *ancien interne des hôpitaux de Montpellier.*

## CHIRURGIE

**L'appendicite, maladie infectieuse.** — La question de l'appendicite est à l'ordre du jour et partout, à l'étranger comme en France, soulève des discussions animées. Il est un point particulier de son histoire, qui a été à peine effleuré, et sur lequel, croyons-nous, il est impossible, en l'état actuel de nos connaissances, d'avoir des idées absolument précises : nous voulons parler de son origine infectieuse. A l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Merklen a rapporté 3 cas d'appendicite, précédés ou accompagnés de phénomènes généraux et des manifestations catarrhales de la grippe. S'appuyant sur les observations de certains auteurs, — et de Goluboff en particulier, — qui avaient insisté sur les rapports de cette affection avec les maladies générales, grippe, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc... M. Merklen fit entrevoir la possibilité d'une *appendicite grippale*, dont la nosologie serait encore mal définie. Or, en lisant le travail de Goluboff (*Berl. Klin. Woch.*) on s'aperçoit que les théories de ce dernier sur l'origine infectieuse de l'appendicite sont loin d'être probantes, et qu'il est impossible de regarder l'inflammation appendiculaire comme une maladie infectieuse essentielle, analogue, comme le dit l'auteur à la dysenterie et à l'angine folliculaire, et épidémique. Goluboff base son opinion sur les faits suivants : il a traité, il y a quelques années, deux frères atteints simultanément d'appendicite, d'où contagion probable. D'autre part, au cours de l'été et de l'automne derniers, il a constaté un nombre d'appendicites dix fois plus grand que celui qu'il a pu observer pendant les dix dernières années. De la même façon, un chirurgien de Moscou a soigné, en février et en mars, 10 cas d'appendicite, chiffre de beaucoup supérieur à la moyenne ; un autre médecin de Moscou avait fait la même observation, et et deux des malades qu'il eut à traiter habitaient la même rue ; enfin, un dernier médecin eut à donner ses soins dans un pensionnat, à sept enfants atteints d'appendicite.

Ces faits ont-ils la valeur d'arguments positifs en faveur d'une origine infectieuse de l'appendicite, et permettent-ils de regarder cette affection comme une maladie générale idiopathique? Nous ne le pensons pas ; l'appendicite est vue partout aujourd'hui, parce que c'est une affection bien connue et bien décrite depuis quelques années, et si le nombre des cas signalés par Goluboff s'est accru d'une façon si considérable, c'est qu'en réalité, l'appendicite est une maladie commune, et rencontrée plus fréquemment qu'autrefois, parce qu'elle est recherchée davantage. La théorie infectieuse de l'appendicite a donc besoin d'être étayée sur des bases plus solides, et avant d'être acceptée comme vraie — ce qui est admissible — réclame des arguments plus démonstratifs. — L. Floersheim.

**Le sarcome du larynx.** — Le sarcome du larynx est beaucoup plus rare que les tumeurs épithéliales de cet organe. Son étiologie est aussi obscure que celle du sarcome en général (Grand, *Th. Toulouse*, 96). Il s'observe à tout âge, même chez l'enfant. Comme les tumeurs épithéliales, il est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme et présente deux ordres de symptômes : des symptômes communs aux tumeurs malignes du larynx et des symptômes particuliers (marche très rapide, développement énorme, absence d'adénopathie).

La plupart des cas observés sont jusqu'ici fort disparates, et ne permettent pas une description générale unique. Il existe toutefois deux types cliniques assez nets : *a*) *Forme infiltrée* caractérisée par l'accroissement extralaryngé du néoplasme, sa marche excentrique, l'envahissement des organes voisins, l'absence d'ulcération du côté de la cavité laryngée ; *b*) *Forme végétante* caractérisée par la formation d'énormes polypes intralaryngés pouvant s'éliminer spontanément et successivement par les voies natutelles à mesure qu'ils se forment.

Toutes les variétés histologiques s'observent (sarcome embryonnaire, fasciculé, à grandes cellules, etc.), et le pronostic est grave dans toutes les formes. — B.

## OTOLOGIE

**De l'examen de l'oreille.** — Après avoir passé en revue les instruments nécessaires à l'examen de l'oreille, nous allons indiquer la façon de pratiquer cet examen. Le malade est assis sur un siège assez haut pour que son oreille soit à peu près à la hauteur de la lumière. On dirige alors le faisceau lumineux du miroir frontal sur l'organe malade, ce qui permet, avant toute manœuvre, de s'assurer que le pavillon ne présente aucune lésion (rougeur, gonflement, eczéma, abcès du tragus, etc.).

Digitized by Google

On saisit la partie supérieure et postérieure de pavillon avec le pouce et l'index ou mieux encore avec le medius et l'annulaire et on le tire en haut et en arrière pour redresser la courbure de la moitié externe du conduit auditif ; cela fait, on prend un spéculum et on le présente à l'entrée du conduit auditif en l'enfonçant doucement et lentement. Il faut veiller à ce que la lumière pénètre bien dans l'axe du spéculum, ce qui permet d'exposer tout d'abord le conduit auditif, et n'expose pas à des mécomptes, comme cela arrive, si on introduit le spéculum dans un conduit auditif, tuméfié par un abcès ou tout autre obstacle.

Il est d'une pratique détestable d'introduire le spéculum brusquement, sans être guidé par la lumière, car on peut provoquer des douleurs très vives, si le méat est atteint de quelque lésion inflammatoire.

Le conduit étant indemne de toute altération, on pousse le spéculum jusqu'à la partie culminante de la courbure de la paroi antérieure du conduit ou bien jusqu'à ce qu'il ne puisse aller plus avant, sans douleur; on aperçoit alors dans le fond la membrane du tympan en partie ou en totalité. Si les courbures normales du conduit auditif sont très accusées, on ne voit que la partie supérieure et postérieure de la membrane ; il faut alors porter en haut et en arrière le pavillon du spéculum pour pouvoir explorer les autres segments. Sur le tympan ainsi mis à découvert, on distingue une ligne plus blanche, oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; c'est le manche du marteau terminé en haut par un point blanc saillant qui est la courte apophyse ou apophyse externe. Partant du centre de la membrane, le triangle lumineux, qui tranche par son éclat sur les parties voisines, se dirige en bas et en avant. Tels sont les points de repère qui permettent de déceler la membrane du tympan et de fixer la position d'une lésion très limitée de cet organe.

Il n'est pas de meilleur moyen, pour se graver dans la mémoire l'aspect du tympan normal, que d'examiner un grand nombre d'oreilles saines; aucune description ne peut suppléer à cette étude préalable.

Les obstacles à l'inspection du tympan sont physiologiques ou pathologiques. Dans la première classe il faut ranger les lamelles ou bouchons cérumineux, l'atrésie congénitale et l'exagération des courbures normales du conduit auditif.

Le bord du spéculum venant à racler légèrement la surface du conduit, détache ou soulève parfois des lamelles sèches de cerumen ou d'épiderme qui masquent les parties profondes. On écarte l'obstacle avec le stylet boutonné ou on l'enlève avec une pince ; si on n'y parvient pas, on a recours à un tampon d'ouate imbibé d'eau chaude. Un moyen très simple de préparer celui-ci est le suivant, que nous employons aussi pour les pansements : de l'ouate hydrophile est enroulée à l'extrémité d'un stylet fin, de façon à obtenir un tampon de la dimension voulue ; le tampon est trempé dans l'eau ou la solution froide, nécessaire au pansement, puis on l'expose au-dessus de la lampe qui sert à l'éclairage ou encore mieux d'une lampe à alcool ; on a ainsi un tampon imbibé d'une solution chaude, préparé extemporairement et sans complication d'appareil.

Si le conduit est naturellement étroit, il n'y a qu'à prendre un spéculum assez petit pour qu'il puisse pénétrer dans le conduit sans effort ; exception est faite quand il s'agit d'un affaissement ou rapprochement des parois cartilagineuses comme on l'observe chez les vieillards ou certaines femmes dont les brides de la coiffure ont appliqué le pavillon contre le crâne et déformé le conduit ; en ces cas, les parois se laissent facilement écarter par un spéculum de calibre ordinaire. — Dr A. Courtade.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 13 avril 1897*

M. Reclus. M. Dieulafoy demande quelle différence il y a entre la théorie de la stagnation et celle du vase clos ; la théorie du vase clos est juste pour un certain nombre de cas ; mais elle explique peu de cas, tandis que par la stagnation on explique la presque totalité des accidents. L'entérocolite se complique-t-elle d'appendicite ? Les 103 cas de M. Potain n'ont qu'une valeur relative, car ils n'ont pas été suivis au delà de l'hôpital ; il n'a pu savoir quel aura été le cours des accidents consécutifs. M. Huchard écrivait ces jours derniers : « pour dire que, dans les antécédents, il n'y a pas eu appendicite, il faut avoir suivi le malade depuis le début des accidents et avoir songé à dépister l'appendicite ». En effet, il existe des formes atténuées qui passent facilement inaperçues. Ceci explique comment, dans sa statistique, M. Potain a pu ne pas enregistrer d'accidents appendiculaires. M. Reclus apporte plusieurs nouvelles observations dont quelques-unes ont été complétées par l'intervention chirurgicale.

M. Albert Robin. La plupart du temps l'appendicite et l'entérocolite sont l'aboutissant d'un état dyspeptique spécial. Cet état est caractérisé : par de la distension gastrique ; 2° par de la coprostase ; 3° par une augmentation de volume et de sensibilité du foie ; 4° par une augmentation de l'acidité du suc gastrique. Ce syndrome correspond à l'hypersthénie gastrique. Sur 1500 cas observés d'hypersthénie gastrique, 82 cas se sont compliqués d'accidents appendiculaires.

Quel lien unit les troubles gastriques et les accidents intestinaux ? C'est la coprostase. Cette stase des matières se fait surtout dans le colon descendant et dans le cœcum. Ainsi, dans les 82 cas d'accidents appendiculaires, il y a toujours eu coprostase. Pour mieux préciser, voici comment se passeraient les choses ; à un premier stade : hypersthénie gastrique ; à un deuxième stade : stase de matières fécales douées d'une acidité exagérée à cause de l'hyperacidité du suc gastrique ; à un troisième stade :

Digitized by Google

réaction catarrhale du cœcum et de l'appendice due à la présence des matières acides. On comprend qu'à ce moment la cavité de l'appendice s'encombre de mucosités, que, de plus, les sels minéraux et organiques contenus en excès dans les matières fécales puissent venir former des calculs à l'entrée de la cavité. Le traitement préventif de l'appendicite devient naturellement celui de la stase des matières. Au premier plan, il faut mettre le régime qui repose surtout sur l'emploi du lait et des légumes. La cooprostase faite, employer de grands lavages intestinaux, des purgatifs tels que l'huile de ricin. Lorsque les accidents appendiculaires éclatent, les calmer par la morphine et n'évacuer l'intestin qu'après la disparition des grands accidents.

M. Péan présente deux observations de jeunes malades atteints de polypes muqueux des fosses nasales dont l'ablation partielle avait été insuffisante. Les récidives n'ont pu être combattues que par la résection totale de la muqueuse pituitaire. Ces observations montrent que souvent les polypes muqueux tendent à suivre l'évolution des tumeurs malignes.

M. Laveran Rapport sur un travail de M. *Cardamatis*, qui tendait à établir que le bleu de méthylène pouvait être employé avec efficacité dans les fièvres palustres. M. Laveran n'accorde pas de semblable propriété au bleu de méthylène.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 9 avril 1897*

**Indications pour le diagnostic et le pronostic fournies par la quantité d'urée dans la périty phlite.** — M. le prof. Revilliod, de Genève, déclare d'abord qu'il n'établit aucune différence entre la périty phlite et l'appendicite, celle-ci n'étant en quelque sorte que la phase initiale de la première. Des recherches, qu'il poursuit depuis 20 ans, sur l'élimination de l'urée dans la périty phlite, lui ont permis de trouver un nouveau moyen de diagnostic entre l'inflammation du cœcum et les autres phlegmasies abdominales. Il a toujours constaté, en effet, que, dans la périty phlite, l'élimination de l'urée était augmentée, qu'elle atteignait 40, 50, 70 et même 80 grammes par jour, quoique les malades fussent à la diète, et indépendamment de la fièvre. Cette azoturie est particulière aux péritonites locales ou généralisées, consécutives aux inflammations du cœcum; elle dure autant que la période aiguë et cesse au moment de la convalescence. On voit l'importance de cette constatation au point de vue du diagnostic et du pronostic de la périty phlite.

D'après M. Revilliod, la raison anatomique de ce fait se trouve dans la disposition vasculaire des différents organes du bassin. Le cœcum est tributaire de la veine porte, les veines des autres organes appartiennent au système cave. Les produits septiques fabriqués par le cœcum sont donc transportés directement dans le foie qui les transforme en urée. Les produits septiques des autres organes sont, au contraire, entraînés dans la circulation générale et brûlés dans l'appareil pulmonaire.

**A propos de 80 cas d'appendicite.** — M. Talamon apporte une statistique de 80 cas d'appendicite qu'il a observés depuis l'année 1890 et dont il tire les conclusions suivantes.

Dans l'appendicite perforante suraiguë, le médecin doit se résigner à l'opération, les moyens médicaux étant démontrés impuissants.

Il doit imposer l'opération dans les appendicites suppurées et la conseiller dans les appendicites chroniques à rechute.

Il doit s'y opposer dans les appendicites plastiques ou pariétales, sauf dans certains cas exceptionnels.

Quant à la résection préventive après une crise appendiculaire, M. Talamon laisse faire, mais ne conseille pas l'intervention, sauf chez l'enfant dans le cas d'appendicite familiale.

Le traitement médical de l'appendicite aiguë doit toujours être essayé, avant toute intervention; il est extrêmement simple et se résume dans l'emploi de quelques moyens : injections de morphine, sangsues, glaces et cataplasmes, purgatifs auxquels il faut ajouter le repos absolu au lit et la diète liquide : lait et bouillon. Les purgatifs, au sujet desquels certaines dissidences se sont produites, doivent être donnés au moment opportun. Ils doivent être proscrits au début de toute appendicite, si légère qu'elle soit. A ce moment, ils ne peuvent qu'empirer la situation, exagérer les contractions douloureuses de l'intestin, favoriser la perforation, ou en exagérer les conséquences. Mais quand la morphine, les sangsues et la glace ont calmé les douleurs aiguës des premiers jours, c'est alors qu'il faut purger les malades, soit avec l'huile de ricin ou le calomel, soit avec les purgatifs salins, mais jamais avec les drastiques.

**Séro-diagnostic retardé de la fièvre typhoïde et séro-diagnostic rétrospectif.** — M. Achard montre, par deux ordres de faits, l'importance du séro-diagnostic dans l'étude de la fièvre typhoïde. Dans une première catégorie de cas, il s'agit de malades entrés à l'hôpital pour des troubles digestifs fébriles, et chez lesquels la réaction agglutinative du sérum n'apparut que plusieurs jours après leur entrée, montrant ainsi qu'il s'agissait de typhoïdettes. Le diagnostic vrai de la maladie permit d'établir le régime alimentaire et d'éviter ainsi les complications intestinales de la dothiénentérie.

Dans une seconde catégorie de faits, le séro-diagnostic a pu faire rattacher à l'infection typhoïdique certaines complications lointaines, telles que les ostéomyélites.

**Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques.** — M. Gilles de la Tourette. Les opinions sur la pathogénie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques sont très divergentes. Elles se sont d'ailleurs basées uniquement sur les résultats fournis par l'examen des centres nerveux. Or

Digitized by Google

voici ce qu'apprend la clinique : sur vingt malades hémiplégiques pris en bloc dans notre service de chroniques, dix-sept présentèrent une amiotrophie très marquée, et chez tous, cette amyotrophie se superposait à une arthrite avec ankylose plus ou moins complète, presque toujours douloureuse ; elle se limitait au territoire articulaire. On peut donc penser que l'amyotrophie et les douleurs des hémiplégiques sont d'origine articulaire. Ce qui corrobore cette opinion, c'est que les trois hémiplégies non amyotrophiques et non douloureuses ne présentaient pas d'arthrite. La cause de cette arthrite, siégeant le plus souvent au niveau de l'épaule, réside dans l'immobilisation du membre, par la paralysie avec contracture. Les trois malades qui en étaient indemnes avaient eu soin de mobiliser ou de faire mobiliser leurs membres paralysés dès le début de l'hémiplégie. D'ailleurs, en dehors de la statistique précédente, nous pouvons affirmer que chez les malades de la ville qui, à l'inverse de ceux des services d'incurables, sont vus dès le début de l'hémiplégie, nous avons toujours pu, à moins de contracture excessive, fort rare, éviter, par des mobilisations quotidiennes et poursuivies, l'apparition de l'arthrite, de l'amyotrophie et des douleurs qui sont la règle chez les hémiplégiques abandonnés à eux-mêmes.

**Fréquence des troubles du reflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau.** — MM. Marie et Kattwinkel ont constaté que dans l'hémiplégie gauche le reflexe pharyngé était aboli dans 50 0/0 des cas et seulement dans 1 0/0 dans l'hémiplégie droite, toutes deux de cause cérébrale. Un fait non moins curieux est la fréquence des troubles de la parole à la suite des lésions de l'hémisphère droit. En effet, sur 50 hémiplégiques gauches, ils ont noté 25 fois l'existence de troubles permanents de la parole et 16 fois des troubles passagers, soit au total 82 0/0 de troubles de la parole dans l'hémiplégie gauche.

Ces troubles de la parole présentent d'ailleurs un aspect différent de celui qu'ils revêtent dans l'hémiplégie droite ; dans cette dernière il s'agit d'aphasie véritable, avec altération du langage intérieur ; dans l'hémiplégie gauche, au contraire, la notion du mot est intacte, du moins dans la majorité des cas ; c'est l'articulation des mots qui est altérée ; ces malades sont des dysarthriques.

**Sable intestinal.** — M. Mathieu présente un échantillon de sable intestinal provenant d'un homme atteint de constipation simple et chez lequel il n'existait pas d'entérite muco-membraneuse. Ce sable, mêlé aux matières fécales, était expulsé avec des douleurs vives, simulant la colique appendiculaire — H Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 14 avril 1897*

La séance est levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort du Dr Maisonneuve, membre fondateur de la Société.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Thérapeutique pour les gens du monde.** — Voici d'après M. Lemoine (*Nord méd.*, 15 février 97), les moyens de se prémunir du rhume ou de couper un rhume au début :

*Comment se prémunir?* Le rhume, c'est-à-dire cette naso-trachéo-laryngite qui existe au début de toute affection des voies respiratoires, paraît toujours être dû à la pénétration des micro-organismes, du reste parfaitement inconnus de nos bactériologistes, sur les voies respiratoires supérieures. Par conséquent, si l'on prend soin de maintenir les portes d'entrée, bouche, pharynx et fosses nasales, en état d'asepsie, on doit théoriquement éviter les rhumes. Or, ici la pratique répond à la théorie, et depuis longtemps j'ai vu à l'abri de tout rhume des personnes qui y étaient fort sujettes, mais qui depuis se sont astreintes aux pratiques suivantes :

Matin et soir, en faisant sa toilette, se gargariser la bouche avec un verre d'une solution de :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Labarraque..... | 50 grammes |
| Eau distillée bouillie..... | 1 litre. |

Ou bien encore avec une solution de :

| | |
|---|---|
| Thymol..... | 0 gr. 50 |
| Alcool..... | 20 grammes |
| Eau..... | 1 litre. |

Puis, pour désinfecter les fosses nasales et l'arrière-gorge, faire une courte pulvérisation dans chaque narine et dans la gorge au moyen d'un simple vaporisateur de toilette de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Phénol-salyl..... | 0 gr. 50 |
| Chlorure de sodium..... | 3 grammes |
| Eau distillée bouillie..... | 500 — |

Dites à vos clients que s'ils veulent bien prendre ces soins journaliers, brosser leurs dents avec soin, ne pas porter leurs doigts à leur nez et sucer dans la journée quelques pastilles de menthol, ils pourront traverser tout l'hiver et le printemps pluvieux sans attraper un rhume ; seulement, car il y a un seulement, vous en trouverez fort peu qui voudront bien le faire.

*Comment couper le rhume au début?* Un confrère de mes amis m'a appris depuis longtemps à faire avorter un rhume naissant, en faisant ingérer dans la journée 4 à 6 capsules ou perles d'essence de térébenthine. Ce moyen réussit fort souvent, probablement grâce à l'élimination par les voies respiratoires de ce produit antiseptique. Il est seulement inutilisable chez les personnes dont l'estomac est fragile ou qui craignent des renvois odorants. A celles-là nous conseillerons d'imbiber une compresse d'une solution d'acide phénique à 50 p. 0/00 ou d'une solution de lysol au même titre, dont l'odeur est moins désagréable, de la tenir devant la bouche et le nez et d'en respirer longuement les émanations pendant une vingtaine de minutes. Il est nécessaire de répéter cette pratique deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Ceci sans préjudice d'un gargarisme et d'une pulvérisation. Enfin, si le lendemain il persiste un peu de malaise, il faut prendre un cachet de 0,50 cent. de quinine, précédé quelques heures auparavant d'un verre d'eau purgative. On nettoie ainsi ses voies digestives et on stérilise dans une certaine mesure son terrain de culture. M. D.

Digitized by Google

**Préparation de cascara sagrada agréable au goût.** — Les procédés couramment indiqués pour enlever son amertume au cascara sagrada sont basés sur l'emploi de la magnésie. D'après le *Pharmaceutical Review*, la chaux éteinte donne de bons résultats. La formule suivante permet d'obtenir un extrait fluide aromatique.

| | | |
|---|---|---|
| Cascara sagrada | 100 | grammes |
| Racine de réglisse | 15 | — |
| Chaux récemment éteinte | 10 | — |
| Eau | 100 | — |

Après 10 à 12 heures de macération, on sèche, à 40 ou 50° et le produit sec est humecté avec 40 centimètres cubes du mélange :

| | |
|---|---|
| Alcool | 50 |
| Glycérine | ãã 25 centim. cubes. |
| Eau | |

On introduit la poudre humide dans un appareil à lixiviation, et on épuise avec le reste du mélange alcoolique. Les 2/3 sont mis de côté, le reste est évaporé à consistance de sirop et mêlé à la colatine réservée. On ajoute alors 1 centimètre cube 1/2 de teinture d'orange et on complète avec de l'alcool dilué pour faire 100 grammes.

La préparation est agréable au goût tout en conservant les propriétés purgatives du cascara. M. D.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité des maladies de l'enfance**, publié sous la direction de MM. Grancher, Comby et Marfan. Tome II. — Masson, 1897.

Un ouvrage semblable représente une somme de travail considérable : mise au point de chaque question et rapidité de la publication. Les sciences médicales marchent vite à notre époque ; aussi les volumes doivent se succéder à peu de mois d'intervalle, sous peine de voir les premiers démodés quand paraîtraient les derniers. De là, nécessité de recourir à de nombreux collaborateurs et l'écueil de trop jeunes auteurs, insuffisamment expérimentés pour donner une note personnelle et faisant œuvre de bibliographe et d'érudit.

Si ce reproche a pu être fait à des publications récentes, il ne saurait s'appliquer ici, et il faut en louer les savants qui ont assumé la lourde tâche de cette publication et ont su grouper autour d'eux des écrivains d'élite.

Chaque article est écrit par une plume compétente ; tous les auteurs, même les plus jeunes, sont de vieilles connaissances que nous avons déjà lues et appréciées ; leur nom, au-dessous du titre de l'article, est le sûr garant de sa bonne facture et une invitation alléchante à le lire.

Ce 2e volume contient les *maladies générales de la nutrition* et les *maladies du tube digestif*.

Comby. *Arthritisme, obésité, migraine, asthme, maladies de l'estomac et de l'intestin dans la deuxième enfance.* — Marfan. *Purpura, constipation, tuberculose de l'estomac, de l'intestin et des ganglions mésentériques.* — Demelin. *Hémorragie des nouveau-nés.* — Thiercelin. *Athrepsie.* — Lesage. *Gastro-entérite des nourrissons.* — H. Leroux. *Diabète*, etc., etc.

L'heureuse innovation de faire appel aux confrères étrangers, dont la nécessité s'impose, a été continuée avec le même succès que dans le 1er volume. Barlow (Londres) expose le *scorbut infantile*, qu'il a décrit le premier et qui porte son nom : *maladie de Barlow*. — Audéoud (Genève), *chlorose, anémies.* — Bokay (Budapesth), *abcès rétro-pharyngiens.* — Filatoff (Moscou), *vers intestinaux*,

Les chirurgiens d'enfants complètent cet ensemble excellent en décrivant les affections qui sont plus particulièrement de leur ressort :

Félizet et Branca, *corps étrangers des voies digestives.* — Jalaguier, *invagination intestinale.* — Broca, *bec de lièvre, prolapsus du rectum.* — Forgue (Montpellier), *Abcès et fistules de la région ano-rectale*, etc., etc.

Nous n'avons pu citer que quelques noms au hasard ; tout est à lire et à... retenir. Chaque article est solidement documenté, les indications thérapeutiques y sont bien posées, appuyées sur toutes les notions nouvelles que la bactériologie et l'infection nous donnent.

Ce deuxième volume, digne en tous points du premier, aura un égal succès ; tous deux font bien augurer de l'ensemble de l'ouvrage.

On ne saurait trop féliciter et remercier auteurs et éditeurs, qui donnent ainsi un lustre nouveau à la pédiatrie française. — Carron de la Carrière.

**La prostitution clandestine à Paris**, par le Dr O. Commenge, médecin en chef du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police. (Paris, Schleicher frères, édit., 1897).

L'étude de la prostitution, cette question vieille comme le monde, est toujours d'actualité, soulève d'importants problèmes que beaucoup d'auteurs ont déjà tenté d'aborder. Mais les uns, incomplètement renseignés, ne nous en ont présenté qu'un tableau inexact et superficiel, tandis que les autres, acharnés avant tout à soutenir une thèse plus ou moins fondée, se sont livrés à des élucubrations fantaisistes, qui sont loin de répondre à la réalité des faits.

Le livre de M. le Dr Commenge, consacré à la prostitution clandestine, vient donc à point pour détruire bien des légendes, combler bien des lacunes, et apporter sur ce sujet des documents précieux et irréfutables. Par sa situation officielle de médecin en chef du Dispensaire de Salubrité, l'auteur était mieux placé que personne pour nous éclaircir sur les dessous de la prostitution clandestine, et sur les dangers que les femmes, adonnées à cette pratique, font courir à la santé publique. Il n'a épargné du reste ni son temps, ni sa peine, si l'on songe qu'il a mis à contribution plus de dix mille dossiers, empruntés aux archives de la Préfecture de police.

Le premier chapitre comprend l'étude des causes de la prostitution : rémunération insuffisante du travail, influence pernicieuse de certaines camaraderies, souteneurs, proxénètes, etc. L'énumération en serait beaucoup trop longue pour que nous puissions même l'ébaucher.

Le chapitre II est consacré aux arrestations. La femme qui se livre à la prostitution clandestine, autrement dit l'insoumise, pour employer le langage administratif, ne tarde pas à tomber entre les mains des agents des mœurs : elle est arrêtée. Après divers interrogatoires, elle est envoyée au Dépôt de la Préfecture de police, et subir l'examen médical au Dispensaire de Salubrité. Un point fort intéressant de ce chapitre est l'exposé des relations de la Préfecture de police avec les familles des insoumises mineures. L'administration fait en effet les plus louables efforts pour faire rentrer les brebis égarés dans le droit chemin et pour les réintégrer au foyer familial : de là résulte un échange de correspondances qui révèle certains états psychologiques, à la fois étranges et curieux.

Digitized by Google

Le chapitre III nous initie au fonctionnement du Dispensaire de Salubrité. On peut avoir une idée des services que rend cette institution, si l'on songe que les insoumises sont atteintes d'accidents syphilitiques et vénériens dans la proportion de plus de 50 0/0, ainsi que le prouvent les statistiques des contenues dans ce chapitre et le suivant (chapitre IV). La femme reconnue malade est envoyée à l'infirmerie de Saint Lazare, où elle reste en traitement jusqu'à sa guérison. Le régime de cette infirmerie, les critiques auxquelles elle a donné lieu, les modifications qu'on a proposé d'y apporter sont approfondies dans le chapitre V. Les chapitres VI et VII traitent de l'origine, de la résidence, et de la profession des insoumises. Parmi celles-ci, on trouve un nombre considérable de domestiques. Ces rapports de la domesticité avec la prostitution constituent une question tout à fait neuve, que n'avait jusqu'à présent été exposée nulle part. Divers auteurs ont signalé la syphilis transmise par des nourrices; personne n'avait encore parlé de la syphilis propagée par des domestiques prostituées, qui, en dehors de tout rapport sexuel, peuvent être une source de contamination pour les personnes qui les employent. Il y a là un véritable péril social qu'on ne connaît pas assez et sur lequel il importait d'être éclairé.

Après leur sortie de Saint-Lazare, les insoumises ont des destinations diverses, ainsi qu'on le voit dans le chapitre VIII. Quelques-unes retournent dans leur famille; d'autres sont recueillies dans des asiles spéciaux (maison du Bon Pasteur, Hospitalité du travail, etc.) Le plus grand nombre continue à s'adonner à la prostitution. Ce qui nous amène naturellement à parler de l'inscription et de la réglementation des prostituées, qui font l'objet de longs développements dans le chapitre IX et dernier.

Cette question, on le sait, a soulevé les polémiques les plus passionnées. On a protesté, au nom de la liberté individuelle et de la dignité féminine, contre des mesures administratives, qualifiées d'arbitraires, et qui ne constituent qu'un moyen de protection contre la syphilis; ce fléau des temps modernes. Après tout, la femme qui s'adonne à la prostitution exerce un véritable métier, et nous dirons même un métier particulièrement malsain. Elle peut être assimilée aux industriels qui exploitent un établissement insalubre, et doit, comme eux, obéir à certaines obligations sanitaires. Du reste, il suffira de rappeler, pour réduire à néant des arguments issus d'un sentimentalisme outré, que dans les pays où la réglementation de la prostitution a été abolie, la syphilis et les affections vénériennes ont subi une recrudescence inouïe.

Tel est le trop court et trop imparfait résumé de ce livre, le plus important sans conteste qui ait été publié sur la prostitution, depuis celui de Parent-Duchâtelet. Il s'adresse non seulement au médecin et à l'hygiéniste, mais encore au philosophe et au sociologue. Ajoutons, ce qui ne gâte rien, que la partie matérielle en est très soignée et que sa lecture est facile et attrayante. Somme toute, il fait le plus grand honneur à son auteur, et mérite d'être signalé tout particulièrement à l'attention des lecteurs. — Em. Tournier.

## ACTUALITÉ

### L'œuvre des hôpitaux marins

Nous avons parlé de cette œuvre si humanitaire dans notre numéro du 3 avril. Nous reproduisons ici la lettre si touchante que Mme Félix Guyon adresse aux médecins et que nous nous faisons un devoir de reproduire pour nos lecteurs désireux de participer avec nous à une bonne œuvre :

« Monsieur,

« C'est au nom du comité des Dames de l'œuvre des hôpitaux marins, dont je suis présidente, que je viens faire un pressant appel à votre compassion.

« Notre œuvre, qui recueille les enfants scrofuleux, rachitiques et débiles du service des enfants assistés des départements, ne possède aucune autre ressource que les cotisations ou souscriptions annuelles de ses membres fondateurs.

« Je m'adresse à votre charité, monsieur, certaine que ma prière sera d'autant mieux écoutée que c'est à notre grande famille médicale qu'il appartient de venir en aide aux malheureux que cette œuvre soustrait chaque année à la déchéance physique qui si souvent entraîne la déchéance morale.

« Acceptez d'avance, monsieur, l'expression de mes sentiments de gratitude. « Mme L. Félix Guyon. »

**Nota.** — Les cotisations ou souscriptions doivent être adressées, avant le 10 mai, à *Mme Félix Guyon*, présidente du comité des dames de l'œuvre des hôpitaux marins, à l'adresse suivante : 11 *bis*, rue Roquépine, à Paris.

1° Sont membres fondateurs :

Ceux qui s'engagent à payer une cotisation annuelle de cent francs ou qui versent une somme de mille francs.

2° Sont membres sociétaires :

Ceux qui s'engagent à payer une cotisation annuelle de vingt francs ou qui versent une somme de deux cents francs.

3° Sont membres titulaires :

Ceux qui s'engagent à payer une cotisation annuelle de dix francs.

4° Sont membres adhérents :

Ceux qui s'engagent à payer une cotisation annuelle de cinq francs.

5° Le titre de coopérateur sera donné à tous ceux qui feront un don quelconque en argent à l'œuvre des Hôpitaux Marins.

### Nouveaux membres du comité de rédaction

MM. P. Delbet et Legueu, chirurgiens des hôpitaux, et Boissard, accoucheur des hôpitaux, sont ajoutés sur la liste des membres du comité de rédaction du *Journal des Praticiens*. Nous leur souhaitons la bienvenue et les remercions très sincèrement de l'honneur qu'il nous font en voulant bien participer activement à notre œuvre. Le nombre des membres du comité de rédaction demeure fixé à 56, dont 40 médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

**Avis à nos lecteurs.** — Nous les prions instamment de nous prévenir *immédiatement* du moindre retard apporté dans la réception du journal. Nous les prions encore *de ne jamais attendre plus d'un mois* pour réclamer les numéros manquants; car, passé ce laps de temps, l'administration pourrait être dans l'impossibilité de les leur fournir, en raison de l'augmentation considérable du nombre d'abonnés.

Les formules thérapeutiques, surtout à partir de ce jour, seront soumises à l'examen le plus attentif et revisées, s'il y a lieu, de sorte que les praticiens pourront être assurés de l'exactitude de ces diverses formules.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaender, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Sur le traitement chirurgical palliatif du cancer de l'estomac

*(Quatre observations de gastro-jéjunostomie)*

Par M. le Dr Barette

*Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Caen*
*Membre correspondant de la Société de chirurgie*

Nous avons eu l'occasion, dans le courant de ces trois dernières années, d'intervenir dans quatre cas de cancer de l'estomac. Ces quatre observations forment un bien modeste bagage pour établir une doctrine; mais les résultats que nous avons obtenus nous semblent tellement encourageants que nous croyons utile de les relater afin d'entraîner la conviction de nos confrères.

Dans un pays où le cancer se rencontre à chaque pas de la pratique, dans toute région, dans tout organe, le cancer gastrique est remarquable par sa fréquence. Il fait, comme partout ailleurs, le désespoir du praticien qui assiste impuissant à l'épuisement de son malade, ayant beau varier toutes les prescriptions de l'arsenal thérapeutique.

Loin de nous de venir blâmer ici, de parti pris, le traitement médical du cancer gastrique. Mais on nous permettra de confesser que non seulement les observations nombreuses, aujourd'hui publiées, d'intervention chirurgicale, mais encore les quatre cas que nous rapportons, nous donnent une confiance singulière dans le pouvoir de notre intervention. Nous sommes convaincus que l'opération, mieux que tout médicament, peut soulager le pauvre cancéreux, réprimer les hémorragies, faire cesser ou au moins diminuer considérablement les douleurs, et surtout arrêter ces vomissements qui font le tourment incessant de sa misérable vie.

Chaque année, nous voyons au moins 12 à 15 cas de cancer de l'estomac; la plupart nous arrivent malades depuis plusieurs mois, amaigris, déjà épuisés. Ils ont essayé souvent plusieurs médications; pour un grand nombre, la moitié, nous ne proposons aucune intervention, il est trop tard. Quant aux autres, la plupart refusent le secours que nous pouvons leur apporter. Il faut vaincre la *répugnance des malades* pour tout ce qui est opération; et surtout, nous ne craignons pas de le dire, la *répulsion d'un grand nombre de médecins* qu'on ne peut convaincre des *bienfaits de ces opérations palliatives* et des bénéfices réels qu'elles procurent à des malheureux atteints d'une affection fatalement incurable. J'ajouterai même un sentiment qui perce souvent dans les objections qu'on nous fait et qui n'est qu'une sorte de *dépit* de voir cette affection passer du domaine médical dans le domaine chirurgical.

Deux modes d'intervention peuvent s'appliquer au cancer gastrique : l'*extirpation* du néoplasme ou *pylorectomie*, l'*anastomose* de l'intestin grêle avec l'estomac ou *gastro-jéjunostomie*.

La pylorectomie est une opération complète et curative, mais ses dangers sont nombreux et nous pensons qu'elle ne peut s'appliquer qu'aux néoplasmes bien limités qui ne réclament point l'ablation d'une partie trop étendue de la paroi gastrique.

Nous avons choisi chez nos quatre malades, la gastro-jéjunostomie, c'est-à-dire l'opération palliative qui permet de détourner le cours des matières alimentaires des surfaces malades; d'exclure en un mot la région pylorique et le duodénum de la portion active du tube digestif. Dans les quatre cas, nous nous sommes trouvé avoir affaire à des lésions très étendues. Dans un cas, le cancer avait envahi la moitié de l'étendue de l'estomac; dans les trois autres, il existait un volumineux cancer pylorique avec infection ganglionnaire péri-gastrique. Tous ont bénéficié de notre intervention; nous avons perdu un de nos opérés, non point de complications gastriques ou péritonéales; il a succombé comme on le verra plus loin, à une congestion pulmonaire double à laquelle l'éthérisation n'a pas été étrangère.

Voici d'abord nos quatre observations :

Obs. I. — *Cancer de l'estomac occupant une grande partie des parois de ce viscère. — Gastro-jéjunostomie antérieure. — Survie de 68 jours.*

Mme Leb..., âgée de 33 ans et 8 mois, se présente à ma consultation le 10 août 1894. C'est une femme de petite taille très amaigrie, paraissant souffrir notablement. Réglée à 15 ans, elle s'est mariée à 23 ans et a eu deux enfants; l'un est âgé de huit ans, l'autre de six ans, ils sont tous les deux très bien portants. Depuis très longtemps elle a un estomac très délicat, un appétit irrégulier; fréquemment elle a eu des indigestions. Sa nourriture habituelle était saine, il n'y a jamais eu d'habitudes alcooliques.

Il y a deux ans et demi environ, elle avait 31 ans, elle commença à souffrir régulièrement, après les repas, de douleurs plus ou moins vives à l'épigastre. Quelque temps après, elle ressentit irrégulièrement le matin, au moment du lever, des nausées accompagnées du rejet de mucosités filantes et incolores.

Depuis six mois, des vomissements alimentaires se sont produits; quelquefois ils sont mélangés avec un liquide noirâtre, grumeleux ayant l'aspect de marc de café délayé. De temps en temps on a remarqué des filets de sang pur dans les vomissements mais jamais il n'y a eu d'hématémèse véritable. Depuis le mois de juin elle ne se nourrit que de lait et de potages; et quelquefois des vomissements de lait coagulé se produisent.

L'amaigrissement est très marqué; il y a trois ans, la malade pesait 62 kilogrammes, aujourd'hui elle pèse 45 kilogrammes. La peau présente une coloration jaunâtre. On sent, à la palpation, dans la région épigastrique, une masse dure très étendue transversalement mobile, douloureuse au toucher appartenant manifestement à l'estomac. La malade ressent des douleurs continues, très violentes à la région épigastrique; elle ne peut dormir. Vomissements quotidiens de toutes les substances qu'elle essaie d'ingérer. Les urines ont une densité de 1020 à 15 degrés; elles ne contiennent ni albumine, ni sucre; 10 grammes d'urée par litre.

Nous décidons de pratiquer une opération palliative que nous proposons à la malade et qui est acceptée. Pendant trois jours, antisepsie du tube digestif à l'aide de benzonaphtol à la dose de

Digitized by Google

1 gr. 50 par jour. *Lavements alimentaires* composés de : (jaune d'œuf, lait et bouillon 100 grammes de chaque. Extrait thébaïque 1 centigramme) trois lavements par 24 heures.

*16 août 1894*. Opération : gastro-jéjunostomie antérieure.

Incision médiane, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. On rencontre immédiatement l'estomac qui présente une induration massive de toute la région pylorique, de la petite courbure et des *deux tiers* de la face postérieure de l'estomac. Les deux tiers seulement de la face antérieure de l'organe et la grande courbure sont intacts. On trouve de plus une chaîne de ganglions indurés, volumineuse le long des deux courbures.

Effondrement du méso-colon transverse et ligature de trois petits vaisseaux ; recherche facile de la portion terminale du duodenum, puis du jéjunum à 25 centimètres environ de son origine.

Nous mettons en présence l'anse grêle et la face antérieure de l'estomac à 5 centimètres cubes environ au-dessus de la grande courbure vers la grosse tubérosité, de façon que l'anastomose soit éloignée de 10 centimètres environ de la partie la plus rapprochée des masses cancéreuses.

Incision transversale de *sept centimètres* sur l'estomac et sur l'intestin.

Suture bord à bord de la couche *musculo-muqueuse* d'abord sur les bords postérieurs, puis sur les antérieurs de l'incision, à l'aide de soie aseptique, n° 0. — Après quoi, suture *séro-séreuse* à la Lembert à points séparés à 8 millimètres d'écart, affrontant des surfaces de 8 millimètres de largeur. Toilette des organes, fermeture du ventre. L'opération a duré *45 minutes*.

Dans l'après-midi, malade un peu déprimée, hypothermie, 35,6-36,2. Injections d'éther et de caféine. Pas de vomissements. Nuit assez bonne, pas de douleurs.

*17 août 1894*. Température, matin 36°8, pas de vomissements, soif très vive.

Champagne glacé, cidre mousseux glacé. Quatre injections sous-cutanées de 0,06 centigrammes de caféine chaque. Température, soir. 36°9.

*18 août*. Température, matin : 37°2. Pas de vomissements, mais sensation de très grande faiblesse et de besoin d'alimentation.

Deux lavements alimentaires. Température, soir : 37°6.

*19 août*. Température, matin : 37°. Absence de vomissements. Deux lavements alimentaires. Deux piqûres de caféine. Température, soir : 37°4.

*20 août*. Température, matin : 37°2. Deux lavements alimentaires. Bouillon glacé par la bouche. Température, soir : 37°6.

*21 août*. Température, matin : 37°2. Deux lavements Bouillon chaud avec peptone. Un peu de lait coupé avec de l'eau de Vichy. Température, soir : 37°8.

*22 août*. Température, matin : 37°4. La malade accuse un léger appétit, elle affirme ne pas souffrir de l'estomac mais elle se plaint de quelques coliques intestinales. Cessation des lavements alimentaires. Lait coupé. Bouillon peptonisé. Température, soir : 37°6.

*23 août*. Température, matin : 37°2. Appétit très sensible. Bouillon avec 60 grammes de peptones dans la journée. Température, soir : 37°8.

*24 août*. Huitième jour après l'opération. Ablation des points de suture, réunion par la première intention.

Du huitième au quinzième jour la malade s'alimente de plus en plus à l'aide de lait, bouillon avec tapioca, jus de viande et peptone, jaunes d'œufs délayés dans le bouillon. Il n'y a ni douleurs, ni envies de vomir, aucun malaise, en un mot, pouvant être rapporté à l'estomac.

Au quinzième jour viande râpée dans le bouillon, œufs brouillés, purées de légumes. La malade commence à se lever et accuse une augmentation très sensible de ses forces.

Pendant les six semaines qui ont suivi, c'est-à-dire jusqu'au 7 ou 8 octobre, la malade présente un retour à la santé absolument surprenant. Jamais de vomissements, peu ou pas de douleurs à l'estomac ; alimentation régulière, viande finement hachée, lait, œufs, bouillon, peptone, fruits cuits.

Au premier octobre, six semaines après l'opération, la malade pesait 47 kilogrammes 100 grammes ; ce qui faisait une augmentation de poids de 1 kgr. 650 à partir du 16 août.

Vers le *10 octobre*, la malade commença à se plaindre de très fortes douleurs dans la colonne vertébrale, spécialement à l'union de la région dorsale avec la région lombaire. Les jours suivants, les douleurs continuèrent et devinrent de plus en plus intolérables. La malade ressentait aussi une faiblesse croissante dans les membres inférieurs. L'appétit se mit à diminuer ; cependant il n'y eut jamais de vomissements.

Le *23 octobre* à 1 heure du matin la malade s'éteignait ; *68 jours* après l'opération.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Obs. II. — *Cancer de la région pylorique de l'estomac. — Gastro-jéjunostomie postérieure. — Amélioration persistante. — Mort deux ans après de tuberculose pulmonaire.*

Mme N., 41 ans, ménagère à Caen, nous est présentée pour la première fois fin mars 1894. Depuis cinq à six mois elle se plaignait de douleurs abdominales, de coliques, de crampes d'estomac après les repas. Quelquefois il survenait des vomissements alimentaires ou bilieux. On ne trouvait aucune tumeur de la région pylorique, mais une douleur vive, fixe, réveillée par la pression. Nous conseillâmes le régime approprié à cette forme de dyspepsie et nous la soumîmes bientôt au régime lacté. La malade éprouva d'abord quelque soulagement ; mais bientôt les douleurs devenaient plus vives et la malade était obligée de rester au lit, ne pouvant se tenir debout, tant cette position augmentait ses souffrances.

L'amaigrissement était continu et progressif ; il n'y avait jamais d'hématurie ; les vomissements alimentaires, devenus quotidiens, ne contenaient jamais trace de sang.

Le *24 décembre 1894* la malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans notre service. Elle pesait alors 37 kilogrammes. Son amaigrissement était très marqué ; la face présentait une teinte terreuse à fond jaunâtre, la peau du corps était sans tonicité, on constatait dans la région pylorique de l'estomac une masse assez volumineuse, un peu mobile, douloureuse à la pression. Le diagnostic n'était pas douteux ; la malade demandait à tout prix à être soulagée de ses douleurs et de ses vomissements. Immédiatement on commença l'administration des antiseptiques intestinaux (benzonaphthol et salicylate de magnésie), et en même temps l'alimentation rectale à l'aide de lavements spéciaux, dont nous avons indiqué la composition dans l'obs. I, afin de relever les forces.

*28 décembre 1894*. — *Gastro-jéjunostomie postérieure*. Incision abdominale de 12 centimètres à partir de l'appendice xyphoïde. Effondrement du grand épiploon puis du méso-colon transverse, recherche du jéjunum à son origine, au côté gauche de la colonne vertébrale, mise en rapport de l'anse jéjunale, à 25 centimètres environ de son origine, avec *la face postérieure* de l'estomac. *Avant d'inciser* les viscères, nous établissons une *ligne de sutures séro-séreuses* longue de 9 centimètres, qui devra former la ligne postérieure du nouveau pylore. Cette suture est faite au surjet, à la soie sublimée n° 1. Après quoi nous incisons transversalement estomac

Digitized by Google

et intestin suivant une longueur de 6 centimètres 1/2 environ.

*Suture muco-musculeuse* des bords postérieurs de l'incision, puis des antérieurs, au surjet soie n° 0, très serrée et à points très rapprochés.

Enfin terminaison en avant de la suture *séro-séreuse* à la soie n° 1.

Nettoyage minutieux à l'eau bouillie, légèrement phéniquée à 2 0/0; remise en place des viscères et de l'épiploon; fermeture du ventre. Durée totale de l'opération : 40 minutes.

Au cours de l'opération, nous avons constaté l'existence d'un certain nombre de ganglions tuméfiés dans la petite courbure de l'estomac, une dizaine environ, dont deux avaient le volume d'une petite aveline. Cinq ou six existaient également le long de la grande courbure, au voisinage de l'extrémité pylorique. Le doigt introduit dans l'ouverture pratiquée au viscère a permis de constater l'existence d'un cancer annulaire du pylore, tumeur dont les lobes, volumineux, faisaient dans la cavité gastrique une forte saillie; l'index ne pouvait franchir l'orifice même du pylore.

Dans la journée, la malade n'éprouve aucune nausée, elle est seulement un peu déprimée, deux piqûres d'éther et de caféine.

Le soir, température 36°,5; pouls 80.

*25 décembre.* — Nuit assez bonne; pas de douleurs d'estomac; aucune envie de dormir; soif assez vive.

Température matin, 36°,8.

La malade prend de temps en temps une cuillerée à café de champagne glacé. Dans l'après-midi, lavement alimentaire bien toléré.

Température soir, 37°.

*30 décembre.* — Nuit bonne; un peu de sommeil.

Température matin, 36°,7.

Deux lavements alimentaires; champagne glacé.

Température soir, 37°,4.

Les jours suivants, il n'y a eu rien d'anormal dans la marche des suites opératoires. La température n'a jamais dépassé 37°,8.

Les quatrième, cinquième, sixième et septième jours on a donné trois lavements alimentaires par 24 heures.

Le cinquième jour, la malade manifestait un appétit assez impérieux et nous lui faisions donner deux tapiocas légers.

Le huitième jour, enlèvement des sutures abdominales, réunion immédiate.

Le douzième jour, nous permettions la viande crue râpée dans le bouillon.

La convalescence a été assez rapide, jamais de vomissements, quelquefois légères douleurs d'estomac.

Nous suivons cette malade avec soin depuis l'opération et nous avons assisté à une amélioration progressive de sa santé dont témoignent les pesées qui ont été faites à diverses dates.

Ainsi, le 4 avril 1895, l'opérée pesait 42 kilogrammes, augmentation de 6 kilogrammes en trois mois.

Le 31 mai, nous constations 44 kilogr. Le 31 juillet, elle atteignait 46 kilogr. 500. Augmentation de 10 kilogr. 500 gr. depuis le jour de l'opération.

Pendant tout ce temps notre malade avait vaqué aux occupations de son modeste ménage, soigné ses trois enfants et préparé régulièrement les repas de toute la famille, le mari étant douanier au port de Caen. Elle n'a jamais eu de vomissements, elle s'alimente de préférence de purées de légumes, de poisson frais, laitages, etc. Elle mange peu de viande car elle ne l'aime pas et elle la digère plus lentement. Les fonctions intestinales sont régulières.

Dans le courant du mois de décembre 1895 elle s'est alitée pendant une dizaine de jours à cause d'un embarras gastrique compliqué d'influenza, ce qui explique une diminution de poids que nous avons relevée le 15 janvier, 45 kilogr. 500. Remise de cette indisposition passagère son état général est redevenu aussi bon que possible.

En août 1895 on constate l'intégrité absolue de la cicatrice abdominale, le ventre a un aspect normal. A la palpation on trouve la tumeur pylorique, mais elle paraît moins volumineuse que l'année dernière. On ne perçoit aucun empâtement dans le creux épigastrique et on ne provoque aucune douleur.

Dans le courant de septembre, la malade contracte une bronchite aiguë à la suite de laquelle se manifestent des signes évidents de tuberculose des deux sommets.

En octobre et novembre, notre pauvre opérée lutte avec énergie contre la tuberculose, se nourrit autant qu'elle le peut, mais néanmoins dépérit d'une façon rapide. Notons toutefois que jamais elle ne fut reprise de vomissements.

Enfin, le 14 décembre 1896 la malade s'éteint près de deux ans après l'opération.

Obs. III. — *Cancer du pylore, gastro-jéjunostomie postérieure. Mort au huitième jour de congestion pulmonaire double.*

M. X..., âgé de 63 ans, cultivateur, a commencé à maigrir il y a un an environ. Il fut pris de vomissements alimentaires au mois de décembre 1895, ils se montraient d'abord tous les trois ou quatre jours

Depuis le commencement de mars 1896 ils se produisent toutes les fois qu'il peut prendre quelque aliment solide.

Au 25 avril, jour de l'admission à l'Hôtel-Dieu, le malade est très amaigri, son teint est pâle, sans avoir encore la couleur jaunâtre de la cachexie. Il accuse des douleurs continuelles au niveau du creux épigastrique. On perçoit à la palpation une masse du volume d'une orange moyenne au niveau de l'extrémité pylorique de l'estomac, elle est un peu mobile, douloureuse au toucher. Le foie n'est pas augmenté de volume. Il n'y a point d'ascite.

Le malade n'a jamais vomi de sang pur; quelquefois il a remarqué des matières marc de café au milieu des substances vomies. Aucun aliment n'est supporté, sauf un peu de lait et du bouillon. Pendant quatre jours le malade est préparé à l'aide de lavements alimentaires et, le 2 mai, nous lui pratiquons une *gastro-jéjunostomie postérieure.* L'opération fut absolument régulière et l'anastomose des deux organes obtenus comme dans nos premières opérations à l'aide d'une double suture à la soie.

L'anesthésie avait été faite à l'aide de l'éther; mais, au bout de quelques instants, cette substance provoqua la production de mucosités tellement abondantes que nous fûmes obligé de substituer le chloroforme à l'éther. Immédiatement cette substitution fit cesser l'hypersécrétion bronchique. L'opération dura 40 minutes en tout.

Le *3 mai*, pas de vomissements; température normale; malade très faible; deux lavements alimentaires.

Le *4 mai*, pas de vomissements ni de douleurs d'estomac; température : 37°,8 le matin; 37°,7 le soir. Trois lavements alimentaires.

*5 Mai.* — Température : matin 37°,6; soir, 37°,8. Même état.

*6 Mai.* — Température : matin, 37°,7; soir, 39°,2. Dans la journée le malade tousse à plusieurs reprises et se sent un peu gêné pour respirer. Soif très vive. — Champagne glacé par cuil-

Digitized by Google

lers à café. — Lavements alimentaires avec addition de vin de Bord eaux.

*7 Mai.* — Température : matin, 39°; soir, 39°,5. Râles crépitants fins dans les deux bases. — Expectoration muqueuse très abondante, puis respiration précipitée.

Injections de caféine. Ventouses. Lavements alimentaires.

*8 Mai.* — Le malade succombe dans la matinée, emporté par les complications respiratoires. Il n'a eu aucun vomissement. Autopsie impossible par opposition.

Obs. IV. — *Cancer du pylore, gastro-jéjunostomie postérieure.* Mme X..., âgée de 46 ans, entre le 6 juin 1896 à l'Hôtel-Dieu de Caen. Cette malade, grande et fortement bâtie, s'est amaigrie rapidement depuis six mois environ. Son teint est coloré, mais légèrement subictérique. Vomissements fréquents, presque quotidiens, depuis six semaines environ ; jamais d'hématémèses. Sensation de tumeur mobile dans l'abdomen ; souvent aussi très douloureuse, que la malade compare aux morsures d'un animal qu'elle croit d'ailleurs avoir dans le ventre. A la palpation, on perçoit très facilement au creux épigastrique une tumeur du volume d'un poing d'adulte, très mobile, se déplaçant transversalement dans toute la zone sus-ombilicale de l'abdomen jusque dans l'hypochondre gauche. Cette mobilité nous inspire quelques doutes relativement au diagnostic. Néanmoins, tenant compte de la prédominance des phénomènes gastriques, nous nous décidons à pratiquer la gastro-entérostomie.

Après la préparation ordinaire, l'opération est pratiquée le vendredi 12 juin 1896.

Nous abouchons par le procédé ordinaire sus-décrit la face postérieure de l'estomac avec le jéjunum à 30 centimètres environ du duodénum. Opération régulière, au cours de laquelle une artériole de la paroi gastrique nous donne un écoulement de sang assez intense. Durée totale, 35 minutes. Nous avons pu après l'ouverture de l'abdomen constater que la région pylorique était bien le siège de la tumeur ; il n'y avait aucune adhérence avec les parties voisines, mais il existait des ganglions assez volumineux du côté de la petite courbure de l'estomac ; le viscère est dilaté notablement dans toute son étendue. Après l'ouverture de l'estomac, nous avons pu constater la saillie très considérable de la tumeur dans la cavité gastrique où elle forme de grosses masses lobulées.

L'orifice pylorique est très rétréci et l'index ne peut s'y engager.

Pas de vomissements dans l'après-midi qui suit l'opération, mais le lendemain matin 13 juin, la malade rejette à trois reprises différentes quelques glaires colorées, pas du sang.

*13 Juin.* — Température : matin, 37°,4 ; soir, 37°,6. Deux lavements alimentaires.

*14 Juin.* — Pas de vomissements. Température : matin, 37°,4, soir, 37°,7. Pas de douleurs d'estomac. Les jours suivants il n'y a aucun incident ; pas de vomissements, pas de douleurs, pas d'élévation de température. La malade est régulièrement alimentée à l'aide de deux ou trois lavements par jour. Quatre jours après l'opération, nous avons fait donner du bouillon et du lait qui ont été parfaitement tolérés.

La malade est sortie de l'hôpital dans les premiers jours de juillet, s'alimentant très régulièrement. Nous avons eu de ses nouvelles depuis peu ; elle continue de bien aller, sans vomissements, sans douleurs ; elle a augmenté de poids ; en somme, elle présente une amélioration notable.

Il est permis de tirer quelque enseignement des quatre observations que nous venons de relater. Nous avons opéré trois femmes et un homme parmi les nombreux malades atteints de cancer gastrique que nous avons observés depuis trois ans. Sur ces quatre opérés un seul a succombé, le plus âgé, non point à des complications opératoires locales ; mais aux suites de complications pulmonaires, congestion double. L'éthérisation chez ce malade avait été l'occasion d'une *hypersécrétion bronchique* considérable ; nous sommes convaincu que l'emploi de cet agent anesthésique a été la cause éloignée de la mort de notre malade. Si nous avions pu intervenir dans un plus grand nombre de cas, pourquoi aurions-nous eu une plus mauvaise proportion d'insuccès opératoires ?

Que pouvons-nous conclure au point de vue du résultat thérapeutique ? Obligé de tenir compte de l'époque tardive à laquelle nous sommes intervenu, dans nos quatre opérations, nous conservons une *confiance très grande* dans l'intervention pour cancer gastrique, même en nous retranchant, comme nous l'avons fait, dans le domaine des opérations palliatives.

*La première* de nos malades (obs. 1), malgré la grande étendue de sa lésion, malgré le mauvais état général au milieu duquel nous sommes intervenu, *a bénéficié de notre action chirurgicale*, puisqu'elle a vu, pour deux mois et demi environ, cesser ses vomissements et ses douleurs. Elle a pu récupérer un peu de son poids, s'alimenter jusqu'à la fin, et elle a succombé sans symptômes gastriques à une généralisation vertébrale.

La seconde avait aussi une lésion étendue, puisque les ganglions péri-gastriques étaient altérés. Cette lésion a subi certainement un ralentissement dans son évolution. Notre malade n'est pas restée inutile, et alitée, puisqu'elle vaquait à ses occupations, et se nourrissait. Elle ne souffrait pas, elle aussi n'eut *jamais plus de vomissements depuis son opération.* Et elle a survécu deux ans, succombant à la fin non au cancer, mais à la tuberculose. Chez les deux autres malades, les vomissements ne se sont pas reproduits après l'opération ; dans l'obs. 3, nous avons signalé seulement par deux fois le rejet de quelques glaires sanguinolentes, dues à une hémorragie survenue au moment de l'opération. Cette opérée vit encore aujourd'hui. Chez tous, nous avons été très frappé de l'absence des vomissements post-chloroformiques.

Dans un cas, le premier, nous avons pratiqué la jéjunostomie antérieure parce que la lésion cancéreuse, trop étendue, ne nous laissait pas le choix. Dans les trois autres, nous avons réalisé la gastro-jéjunostomie postérieure classique.

Dans tous les cas nous avons pratiqué une *longue incision des viscères* mis en regard, afin de parer au rétrécissement ultérieur. Nous n'avons point pratiqué l'*anastomose valvulaire* conseillée par M. Chaput avant l'adoption du bouton. Chez le malade de l'Obs. 2, il n'y a point eu de signes de sténose durant les deux années qu'elle a survécu.

Nous n'avons pas cru devoir employer le bouton anastomotique, l'exécution de la suture à deux étages est de

Digitized by Google

manœuvre facile et ne nous a jamais demandé un temps bien considérable; nos opérations, tout compris, n'ont guère dépassé 45 minutes.

Dans les deux cas nous nous sommes servi de soie n° 1 et n° 0 sublimée. Ces numéros correspondent à la filière anglaise et sont beaucoup plus fins que les numéros correspondants de la soie Leclerc, le plus souvent employée à Paris.

Dans les suites opératoires nous avons aussi été frappé de la *cessation presque immédiate des phénomènes douloureux gastriques* si pénibles pour nos deux malades avant l'intervention.

La *sensation d'appétit*, de besoin de nourriture ont également été impérieux dans tous les cas dès le troisième ou quatrième jour après l'opération.

Et maintenant, comme conclusion pratique de notre travail, nous affirmons notre confiance dans l'utilité de l'intervention palliative dans le cancer gastrique.

Nous considérons qu'une opération qui, pour le pauvre cancéreux, supprime les vomissements, les douleurs, les hémorragies gastriques, permet l'alimentation et donne une survie notable, mérite d'être largement vulgarisée.

Nous sommes certain que, plus l'intervention sera précoce, plus la survie du cancéreux gastrique sera considérable.

Nous affirmons que les résultats thérapeutiques de l'intervention sont de beaucoup supérieurs à ceux de tous les traitements médicaux les mieux conçus.

En terminant nous rappelons qu'il est de la plus haute utilité de faire le *diagnostic précoce* du cancer de l'estomac. Un malade qui maigrit, dont les digestions deviennent douloureuses et prolongées, même quand il n'y a rien encore de perceptible à la palpation ou à la percussion, doit inspirer une certaine défiance et devenir l'objet d'une surveillance étroite. On devra se rappeler alors l'importance de la disparition de l'acide chlorhydrique dans le contenu gastrique et rechercher ce nouveau signe clinique. Mais surtout quand on aura la conviction bien arrêtée de l'existence du cancer, pas de temporisation, n'attendons pas que le dépérissement ait diminué la résistance vitale du malade. Intervenons quand il en est encore temps, diminuons la souffrance et prolongeons la vie quand nous ne pouvons la sauver.

# CLINIQUE MEDICALE

## Un cas d'athétose hystérique terminé par la guérison

Par M. le Dr Landrieux, *médecin de l'hôpital Lariboisière*, et M. le Dr A.-F. Plicque

Les troubles d'ordre moteur dans l'hystérie sont extrêmement nombreux et variés. Les uns sont avant tout d'ordre paralytique; tels sont l'hémiplégie, les monoplégies, la paraplégie hystérique, la paralysie faciale dont l'existence longtemps discutée a été définitivement établie dans l'hystérie par MM. Ballet et Chantemesse, les paralysies des muscles de l'œil qui, après avoir été également contestées, ont été de même bien démontrées par M. Debove. D'autres comme le blépharospasme, l'hémispasme glossolabié de Charcot, le torticolis, la coxalgie, la tarsalgie hystériques tiennent avant tout à la contracture. Un troisième groupe dont l'astasie-abasie offre le type le plus complet, tient au trouble des mouvements coordonnés. Dans l'astasie-abasie, c'est la marche, la station debout qui est impossible, tandis qu'au lit le malade exécute avec ses membres inférieurs tous les mouvements commandés. A certains égards cette incoordination motrice pour certains mouvements, en particulier dans l'acte d'écrire, existait chez la curieuse malade que nous avons observée. Mais ce qui dominait chez elle, c'étaient les mouvements involontaires en tout semblables aux mouvements de l'athétose. A cet égard, ses accidents différaient beaucoup des accidents ordinaires du même ordre : tics divers des paupières, de la face ou des épaules, spasme saltatoire, chorée rythmique ou arythmique qu'on observe d'ordinaire dans l'hystérie. Ils ne rappelaient non plus en rien aucune des formes si variées et si polymorphes de tremblements qui peuvent chez les hystériques simuler tous les tremblements possibles (alcoolique, mercuriel, paralysie agitante, tremblement préhémiplégique et posthémiplégique, sclérose en plaques). Ni M. Souques dans son importante étude sur les syndrômes hystériques simulateurs des maladies organiques, ni M. Dutil dans sa thèse également classique sur les tremblements hystériques ne rapportent d'exemples d'athétose hystérique. Tous deux nous ont dit n'en avoir depuis la publication de leurs travaux jamais observé, tout en regardant ce trouble moteur comme très vraisemblable et très possible.

La malade entrée le 28 novembre à l'hôpital Lariboisière était une femme de 28 ans très nerveuse, malade depuis six semaines environ. Depuis longtemps déjà elle éprouvait dans la main droite des crampes, de l'engourdissement qui la gênaient beaucoup, sa profession de caissière l'obligeant à écrire une partie de la journée. Brusquement à la suite d'une vive contrariété elle fut prise des mouvements anormaux qui vont être décrits. Elle fut obligée d'abandonner sa place lucrative à laquelle elle tenait beaucoup et, ses ressources épuisées, d'entrer à l'hôpital.

Les mouvements de la main droite sont presque incessants, ce sont des mouvements d'adduction, d'abduction, d'extension forcée des doigts. L'écartement atteint son maximum pour le petit doigt, l'extension pour le médius. Par instants, la malade saisit sa main avec les doigts de la main gauche, non pour limiter, mais plutôt pour augmenter comme par un besoin instinctif le mouvement involontaire. Ces mouvements sont très lents, très réguliers. Les efforts très énergiques de volonté les diminuent, sauf pour le médius. La nuit, les mouvements empêchent longtemps le sommeil, mais cessent une fois la malade endormie, comme la veilleuse de la salle a pu s'en assu-

Digitized by Google

rer. Au réveil, la main est dure sensible, fourmillante, un peu violacée.

La malade, quand elle essaye d'écrire, ne peut tracer que des caractères informes. Elle est même forcée de manger de la main gauche. Les autres muscles, sauf quelques crampes dans les mollets, n'offrent aucun trouble appréciable.

La force musculaire est conservée et le dynamomètre donne à la pression 18 à droite, 17 à gauche. Les réflexes radiaux du côté droit sont légèrement exagérés ; il en est de même de la contractilité faradique et galvanique dans les muscles de la main et de l'avant-bras droit, mais la différence, si elle est constante dans divers examens, est très peu marquée.

Les articulations des phalanges sont un peu plus noueuses à droite, la malade souffre du froid dans cette main ; elle a, de ce côté, des engelures beaucoup plus marquées. La sensibilité est très diminuée sur le dos de la main et de l'avant-bras droit, mais sans anesthésie complète.

Une rencontre clinique heureuse permet de comparer les mouvements involontaires de la main avec ceux d'un petit malade que M. le Dr Gouguenheim a bien voulu adresser à l'un d'entre nous et qui, à la suite de convulsions survenues après un accouchement très laborieux, est atteint d'hémiathétose. La ressemblance entre les mouvements involontaires des doigts est remarquable et cet enfant de dix-neuf mois a, lui aussi, le geste instinctif d'augmenter avec la main gauche l'extension forcée de ses doigts.

Comme facteur étiologique on ne peut, chez notre malade, invoquer que l'hystérie. Celle-ci a été exagérée, partie par des contrariétés, partie par des fièvres intermittentes contractées il y a deux ans en Algérie. Outre une hérédité nerveuse maternelle, très accentuée, des crises très multiples et caractéristiques, la sensation de boule, la malade offre une série de stigmates : anesthésie conjonctivale, cornéenne et pharyngée, léger rétrécissement du champ visuel, hyperesthésie sous-claviculaire extrêmement nette. Le transfert de l'athétose au moyen de l'aimant a été vainement essayé à deux reprises différentes.

Un dernier détail intéressant est que, fait qui a beaucoup préoccupé notre malade, une de ses sœurs est hémiplégique depuis deux ans. Mais celle-ci n'a pas offert de mouvements athétosiques, ce qui aurait été si curieux au point de vue du rôle de l'imitation.

Le traitement par les bains et les étincelles statiques est fait régulièrement trois fois par semaine. Les mouvements s'atténuent peu à peu et le 18 janvier la malade peut signer très lisiblement son nom. Mais si les mouvements involontaires sont très diminués, ils sont remplacés par une demi-contracture en extension des doigts, assez pénible. Les étincelles sont alors abandonnées pour le souffle statique, le traitement étant toujours accompagné, pour agir par suggestion à l'état de veille, des plus belles promesses de guérison. A la fin de février, la malade n'accuse plus qu'un peu de raideur des doigts à peine appréciable et d'engourdissement le matin. Elle peut accepter une nouvelle place.

La nature des accidents, le terrain morbide, semblent bien rendre le diagnostic d'athétose hystérique incontestable. L'attention a particulièrement porté pour le diagnostic différentiel sur une simulation possible. Mais il est bien peu probable que cette femme ait jamais vu d'athétosiques. Elle n'est entrée à l'hôpital qu'à grand regret, elle y a prolongé son séjour le moins possible et a continué à venir régulièrement se faire électriser pendant deux mois après sa sortie. De quelques réserves qu'il convienne donc toujours d'accompagner les faits rares et exceptionnels, celui-ci nous a paru mériter d'être signalé.

## Formulaire du Praticien

### Cystite et calculs vésicaux

On pense assez généralement que les calculs vésicaux sont une cause constante de cystite et que leur présence dans le réservoir vésical y détermine forcément de l'inflammation. C'est une opinion que combat énergiquement le professeur Guyon, en montrant qu'il n'y a pas entre ces deux affections de corrélation nécessaire. « On peut poser en principe, dit-il (*Bull. méd.*, 7 avril 1897) que tous les calculeux dont la vessie n'a pas été infectée par un cathétérisme ou une exploration ne présentent pas de cystite dans le cours de leur affection. » Les différents signes d'excitation, d'irritation, auxquels donnent lieu chez les calculeux la marche et les exercices sont essentiellement transitoires et passagers ; chez de tels malades, la vessie est saine et il faut, pour qu'elle s'infecte, une évacuation incomplète ou encore une exploration et une évacuation faites sans les précautions antiseptiques. La preuve en est fournie par la clinique ; bien des malades conservent pendant des mois et des années des calculs vésicaux, dont le volume augmente progressivement, sans qu'il y ait pour autant des phénomènes de cystite, ce qui semble dû évidemment à ce fait que les calculeux font rarement de la rétention et évacuent ordinairement bien leur vessie.

D'autre part, en retournant la proposition, la cystite peut-elle provoquer des calculs ? Assurément oui, mais toutes les cystites ne les provoquent pas également ni aussi rapidement. Trois conditions sont nécessaires à la formation de calculs dans une vessie infectée :

1° L'évacuation incomplète de la vessie :

2° L'infection vésicale ancienne et profonde ;

3° La réaction alcaline des urines.

De ces conditions, la plus importante est la dernière, l'alcalinisation des urines favorisant la précipitation des sels terreux tenus en dissolution dans l'urine normale

Digitized by Google

acide. C'est donc en évacuant la vessie, en la désinfectant, en luttant contre l'alcalinité des urines, qu'on empêchera les récidives, mieux souvent que par la lithotritie qui, à elle seule, peut n'être pas suffisante.

La nature de la cystite calculeuse primitive ne diffère en rien, au point de vue microbien, de celle des autres cystites ; il n'en est pas de même de sa marche ; la douleur ne se montre que lorsque la cystite est définitivement installée ; tant que la vessie est saine, le calculeux ne souffre pas. La contractilité vésicale se modifie proportionnellement à la sensibilité et les contractions partielles de la vessie n'apparaissent également qu'avec la cystite. Enfin, signe important, cette dernière guérit facilement, soit par le repos et les tisanes, soit par une médication calmante générale et locale.

Au point de vue thérapeutique, on peut se demander si la présence des calculs dans une vessie enflammée s'oppose à l'action des traitements habituels de la cystite. Il n'en est rien ; la cystite calculeuse primitive se calme, il est vrai, plus rapidement que celle qui préexistait à la formation de calculs ; mais elles sont toutes les deux passibles d'amélioration rapide, sinon de guérison.

La médication générale est souvent insuffisante ; pourtant, le repos au lit, les lavements calmants, les boissons tièdes peuvent arrêter l'évolution d'une cystite calculeuse, surtout primitive ; mais si ces moyens sont inefficaces, il faut avoir recours à un traitement local. *Il faut proscrire les lavages vésicaux*, même modérés, qui réveillent inutilement la sensibilité et la contractilité de la vessie : les instillations sont le traitement de choix. Les instillations à la cocaïne, à la morphine ne paraissent avoir aucune action ; on peut tenter le gaïacol qui a donné quelques résultats ; les véritables instillations à employer sont celles au nitrate d'argent à 2 ou 4 pour cent. Si l'évacuation de la vessie se fait mal, on aura recours à la sonde à demeure.

La cystite pouvant être supprimée ou arrêtée, il est évident qu'elle n'est pas une contre-indication à l'intervention et notamment à la lithotritie. Mais à quel genre d'intervention faut-il donner la préférence ? A la taille hypogastrique, si l'infection vésicale est ancienne et rebelle ; sinon — et presque toujours — à la lithotritie. On lui a objecté qu'elle était capable de laisser des débris dans la vessie et de favoriser la récidive ; c'est un argument inexact ; avec un bon broiement, une bonne aspiration, une vérification soigneuse, on a toutes chances de guérir définitivement, et l'on a, en outre, l'avantage de ne tenir immobilisés que deux à trois jours des individus âgés. La vessie une fois débarrassée, on constate la disparition rapide de sa sensibilité et de sa contractilité, à tel point qu'elle peut supporter la mise en tension, alors même que quelques grammes de liquide étaient auparavant une cause d'irritation. Bien plus, on arrive souvent à voir disparaître, après la lithotritie, les divers phénomènes d'infection urinaire, tenant à la mauvaise évacuation du réservoir vésical ; il n'en est moins vrai que, si quelques accidents de cystite persistent encore après le broiement des calculs, il ne faut pas abandonner la partie, un bon traitement vésical — avant comme après l'intervention — étant seul capable de mettre le malade à l'abri des récidives. — L. Floersheim.

## Posologie infantile

Magnésie (sels de). — Purgatifs.

1° *Citrate de magnésie.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois | 1 à 2 grammes |
| De 15 mois à 3 ans | 2 à 3 — |
| De 3 à 5 ans | 3 à 6 — |

2° *Sulfate de magnésie* (sel de Sedlitz ou d'Epsom).

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans | Abstention |
| De 3 à 5 ans | 3 à 6 grammes |
| De 5 à 10 ans | 6 à 15 — |

Noix vomique. — Stimulant du système nerveux et de l'estomac.

Teinture de noix vomique.

| | | | |
|---|---|---|---|
| De 6 à 15 mois | 1/2 à IV | gouttes | par jour |
| De 15 mois à 3 ans | IV à VIII | — | — |
| De 3 à 5 ans | VIII à X | — | — |
| De 5 à 10 ans | X à XV | — | — |

Opium. — Sédatif et hypnotique : antidiarrhéique. Dans les quinze premiers mois, on ne doit employer que le laudanum et l'élixir parégorique ; cet emploi doit être très prudent et très surveillé.

1° *Laudanum de Sydenham.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| De 0 à 3 mois | 1/4 | de goutte | par jour |
| De 3 à 6 mois | 1/2 | — | — |
| De 6 mois à 1 an | I | — | — |
| De 1 à 2 ans | II | — | — |
| De 2 à 3 ans | III | — | — |
| De 3 à 5 ans | III à IV | — | — |
| De 5 à 10 ans | IV à IX | — | — |

Fractionnez les doses.

2° *Elixir parégorique* (teinture d'opium camphrée). — Il faut XX gouttes d'élixir parégorique du Codex français pour avoir l'équivalent en opium de I goutte de laudanum de Sydenham.

3° *Extrait thébaïque ou extrait d'opium.*

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans | Abstention. |
| De 3 à 5 ans | 0 gr. 01 à 0 gr. 2 par jour |
| De 5 à 10 ans | 0 — 02 à 0 — 3 — |

4° *Teinture thébaïque* (teinture d'extrait d'opium).

| | | | |
|---|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | Abstention | | |
| De 15 mois à 3 ans | I à III | gouttes | par jour |
| De 3 à 5 ans | III à X | — | — |
| De 5 à 10 ans | X à XV | — | — |

5° *Codéine* (sirop de).

| | |
|---|---|
| De 0 à 2 ans | Abstention |
| De 2 à 5 ans | 5 à 10 grammes par jour |
| De 5 à 10 ans | 10 à 20 — — |

5° *Morphine*. (chlorhydrate de).

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans | Abstention |
| De 3 à 5 ans | 0 gr. 001 à 0 gr. 005 |
| De 5 à 10 ans | 0 — 005 à 0 — 01 |

Sirop de morphine.

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans | Abstention |
| De 2 à 5 ans | 3 à 10 grammes |
| De 5 à 10 ans | 10 à 20 — |

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

**Lupus primitif des fosses nasales.** — Le lupus primitif des fosses nasales est l'apanage de l'âge adulte des deux sexes. Le début en est insidieux, on constate des signes de coryza chronique ; enchifrènement progressif, gêne de la circulation nasale, timbre nasoné de la voix, un peu de prurit et quelques croûtes jaunes ou verdâtres à l'entrée des narines. Le lupus, respectant la région olfactive, l'anosmie ne peut provenir que d'un obstacle mécanique. Il n'y a pas d'épistaxis, pas d'ozène, pas de séquestres. D'après M. Garel, à qui nous empruntons ces détails, le lupus nasal offre différents aspects. On peut l'observer sous forme de petites granulations lisses, peu saillantes, de couleur rouge livide, tranchant sur la teinte pâle de la muqueuse.

Le plus souvent, le lupus débute par une hypertrophie polypoïde qui évolue dans la suite, soit vers la forme scléreuse, soit vers la forme ulcéreuse. La lésion s'implante sur la cloison cartilagineuse, région exposée aux traumatismes, et qui, par sa pauvreté glandulaire, ne peut se débarrasser des poussières qu'elle reçoit. Plus tard surviennent, sur la peau du nez, des nodules lupiques secondaires bien moins destructeurs que les nodules cutanés primitifs. Si les croûtes empêchent l'examen, on devra, suivant la méthode de Raulin, placer dans le nez, pendant un quart d'heure, un tampon d'ouate aseptique imbibée de :

| | |
|---|---|
| Glycérine neutre..... | 15 gr. |
| Bicarbonate de soude..... | 0.10 cgr. |

On lave ensuite avec de l'eau alcaline et on ordonne au malade de se moucher. On constate alors sur la cloison une ou deux tumeurs du volume d'une noisette, et quelques nodules de plus petite dimension. Les nodules saignent difficilement; ils ne sont pas douloureux au contact de la sonde. On en remarque aussi sur le plancher, sur la face interne des ailes du nez et sur les cornets. La cloison, attaquée par ses deux faces dans la région cartilagineuse, se laisse traverser par le stylet et présente bientôt une perforation à bords décollés et semés de nodosités. La voûte palatine reste intacte. La transformation scléreuse est rare ; elle peut déterminer une sténose considérable des narines. La forme ulcéreuse, bien que marchant avec lenteur, se généralise à toute la muqueuse. Les tumeurs lupiques ne ressemblent en rien aux polypes muqueux. Les papillomes, de leur côté, se distinguent par des hémorragies faciles. On ne peut confondre le lupus nasal avec l'eczéma des narines qui se limite au vestibule nasal. Quant à la syphilis, elle diffère par sa localisation sur la cloison osseuse.

Si, malgré les symptômes observés, on hésite entre le lupus, la tuberculose et la syphilis, on devra procéder à l'examen microscopique de fragments enlevés, ou bien instituer le traitement d'épreuve par l'iodure de potassium.

Comme traitement général, il faut envoyer le malade sur le bord de la mer ou dans les stations salines ; prescrire des phosphates et de l'huile de foie de morue.

Localement, le traitement chirurgical s'impose. La destruction par les agents chimiques est incertaine. Avec le galvanocautère, on ne sait à quelle limite s'arrêter. Aussi, la meilleure méthode est le raclage à la curette tranchante. Ce procédé est douloureux et réclamera même au besoin l'anesthésie générale. On fait l'hémostase. Plus tard, on cautérisera à l'acide lactique. On pourra faire aussi des scarifications au bistouri. L'opération de Roux (de Lausanne), pratiquée par Audry et Molinié, n'est applicable qu'aux formes très étendues. — M. D.

## MÉDECINE LÉGALE

**Explosion d'une fosse d'aisance. Fracture de la base du crâne, déterminée par le tampon de la fosse.** — Le mercredi, 7 avril dernier, à 7 heures du matin, une violente détonation se faisait entendre chez un serrurier de Clamart et attirait rapidement chez lui une foule de passants et de voisins. Dans sa cour, à côté de la fosse d'aisances, le patron de la maison, âgé de 30 ans, gisait dans une mare de sang. J'étais aussitôt appelé auprès de lui, et quelques minutes après l'accident, j'entrais dans la maison. Une épaisse fumée et une odeur âcre remplissaient toutes les pièces du rez-de-chaussée ; les ouvriers, sans répondre à mes questions, me faisaient monter au premier étage où, étendue tout habillée, sur son lit, était placée la victime de l'accident. Il avait la figure inondée de sang, mais conservait toute son intelligence, sa lucidité d'esprit, et se plaignait seulement de douleurs à la tête, sans préciser l'endroit exact de ses souffrances.

Pendant que j'envoyais chercher à la pharmacie les objets de pansement et de quoi faire l'antisepsie, il me racontait que, l'avant-veille, il avait fait vidanger la fosse d'aisances qui se trouvait dans sa cour ; que, dans la journée, les maçons devaient venir resceller le tampon qu'on avait enlevé, mais qu'avant, il avait voulu détruire les mouches qui sortaient de la fosse. Dans ce but, il avait jeté une botte de paille dans le fond et l'avait allumée. Une violente explosion s'était produite immédiatement ; le tampon non scellé avait été projeté en l'air, les vitres des cabinets avaient volé en éclats, la toiture s'était effondrée et l'avait sans doute fait tomber, en le touchant légèrement à la tête.

En effet, les blessures paraissaient bien peu impor-

Digitized by Google

tantes : Au-dessus de l'arcade sourcilière *droite*, une plaie de deux centimètres de longueur et mince, comme si elle avait été produite par un couteau ; un peu au-dessous, sur la paupière supérieure, une autre plaie plus légère encore, étaient seules à donner tout le sang qui l'aveuglait. Les yeux étaient intacts ; il les ouvrait facilement. Les os du crâne étaient en parfait état ; on ne trouvait de sang, ni dans les narines, ni dans la bouche, ni dans les oreilles. Le blessé se soulevait facilement lui-même dans son lit ; il s'était approché de moi sans aide, quand je lui avais dit qu'il était trop enfoncé pour être pansé.

La solution phéniquée, la gaze et la ouate hydrophile apportées de la pharmacie, je fis un pansement, et après avoir rassuré la famille, je descendis voir la fosse d'aisance. Un cousin du blessé, officier de pompiers, m'accompagnait. La cloison des cabinets était éventrée, la toiture à trois mètres du sol, ouverte à jour, toutes les fenêtres brisées. Habituellement, la fosse était couverte par deux volets de fonte, qui pesaient chacun trente-cinq kilos. L'un des volets était toujours scellé ; l'autre, qui avait été enlevé pour permettre de faire la vidange et seulement posé sur le trou ensuite, était tombé dans le fond, après avoir été projeté jusqu'au toit.

La détonation avait été formidable ; mais, de l'avis unanime, il semblait impossible que les plaies du serrurier aient été produites par ce tampon de trente-cinq kilos. Je partis convaincu que seuls les débris de bois ou de verre l'avaient touché, et que, si le tampon avait frisé sa tête, il l'aurait tué tout net.

Deux heures après, on venait me chercher en toute hâte. Le blessé rendait du sang à pleine bouche, saignait du nez abondamment et venait de perdre connaissance. Il était dans le coma. J'enlève le pansement ; l'œil *gauche* sort de l'orbite, il est infiltré de sang, les deux paupières sont boursouflées ; le blessé est déjà méconnaissable. Quoiqu'il n'y eût pas de sang dans les oreilles, j'annonce à la famille éplorée une fracture de la base du crâne et la mort à bref délai.

Je reviens voir le malheureux toutes les trois ou quatre heures. L'état général s'aggrave à tout moment. Les deux yeux sortent des orbites et la transsudation sanguine descend le long des joues. Il est évident que la blessure apparente est le point de départ d'une fracture de la base du crâne qui passe sur la cloison supérieure des deux orbites et irradie vers le milieu du crâne. L'épanchement sanguin continue toujours.

M. Mauclaire, chef de clinique du professeur Le Dentu, vient visiter le malade et partage ma manière de voir. Il n'y a aucune intervention possible ; il ne va pas tarder à succomber. La respiration est de plus en plus bruyante ; elle est stertoreuse ; la face devient hideuse sous la pression du sang, qui fuse de tous côtés. Le malheureux meurt à sept heures du soir, exactement douze heures après l'accident qui, d'abord, semblait insignifiant.

Pour délivrer le permis d'inhumer, le parquet exigeait une enquête sur la cause déterminante de l'explosion.

La fosse était bien construite, étanche, et possédait une conduite d'aération. Quels étaient les gaz qui avaient provoqué l'accident ? L'acide sulfhydrique à l'état naturel brûle à l'air, au contact d'un corps enflammé, très lentement, avec une flamme bleuâtre, sans bruit. Il ne faut pas oublier que la fosse avait été vidée quarante huit heures plus tôt ; que, pendant ce temps, le tampon n'avait pas été rescellé, qu'en outre l'air avait eu le temps d'y pénétrer en grande quantité et de se mélanger avec l'hydrogène sulfuré, qui est un peu plus léger que l'air. Or, *l'acide sulfhydrique détonne fortement au contact d'un corps enflammé*, quand il est mêlé avec une fois et demie son volume d'air ou d'oxygène. C'est le même phénomène que pour le gaz d'éclairage, qui brûle paisiblement à l'air, et qui fait sauter la chambre, dans laquelle il s'est produit une fuite, dès qu'on y entre avec une lumière. L'hydrogène sulfuré, dans ce cas, a détonné si fortement, que l'explosion a projeté à plus de trois mètres de hauteur, une plaque de fonte de trente-cinq kilos, qui eut encore la force de briser la toiture.

*Réflexions.* — Comment la victime n'a-t-elle pas été tuée sur le coup ? Le blessé n'a été touché qu'obliquement ; il a succombé à l'hémorragie et non pas au choc direct, qui avait occasionné la fracture de la base du crâne. Au point de vue médico-légal, il n'y a aucune responsabilité. Le malheureux a payé son imprudence de sa vie. Il est même même probable que, s'il avait brûlé la paille dans la fosse d'aisances de suite après la vidange, il n'y aurait pas eu d'explosion.

Cette observation montre encore combien on doit être prudent dans le pronostic des plaies de tête. Cette blessure, si légère d'apparence, si peu grave de prime abord, a entraîné la mort en moins de douze heures.

Enfin, il faut recommander de clore les fosses d'aisances le plus rapidement possible, quand elles ont été vidées, et, *avoir bien soin de n'y jamais jeter de corps en ignition.* — Wehlin.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Traitement des épistaxis.** — En présence d'une épistaxis, il faut d'abord se demander s'il ne s'agit pas d'une hémorragie critique favorable qu'on devra respecter pendant quelque temps. Pour arrêter une hémorragie nasale, il faut tout d'abord avoir recours aux moyens les plus simples. D'après M. Garel (*Traitement des maladies du nez*), on devra, en premier lieu, pincer le nez à l'aide du fixateur en baleine de Delstanche. Cet instrument qui a été inventé pour fixer la sonde d'Itard est excellent pour comprimer les narines ; deux ou trois minutes de compression suffisent pour arrêter l'hémorragie. Si la compression est insuffisante, et si le sang s'écoule par l'arrière-cavité des fosses nasales, on pourra injecter du

Digitized by Google

jus de citron dans les narines ou bien faire de larges irrigations avec de l'eau boriquée glacée, ou avec de l'eau chaude, ou même avec les deux alternativement. On fera aussi des insufflations d'alun, de sulfate de zinc ou d'europhène. Si ces divers moyens échouent, on aura recours au tamponnement simple, à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique, préparé à l'antipyrine, à l'acide trichloracétique, à l'iodoforme ou à la ferripyrine. On pourra également imprégner le coton d'eau de Pagliari. Le coton sera enroulé de la grosseur du doigt sur une tige métallique sur une longueur de 6 à 7 centimètres et introduit le long du plancher nasal. Ce procédé réussit dans la plupart des cas. Dans les cas très rebelles, on peut se servir de coton à la ferripyrine ou bien d'un tampon de mousse orientale, hémostatique provenant du *cibotium cumingii*. Lermoyez et Gellé emploient l'eau oxygénée à 12 volumes. Rougier conseille les badigeonnages avec le collodion suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Acide benzoïque..... | 5 | grammes |
| — tannique..... | 5 | — |
| — phénique..... | 5 | — |
| Collodion ordinaire..... | 100 | — |

Enfin, si le tamponnement simple échoue, il faut procéder au tamponnement avec la sonde de Belloc qui peut être remplacée simplement par une sonde souple en gomme. Les tampons, formés de gaze iodoformée, seront enlevés au bout de 24 heures. Parfois, on sera assez heureux pour toucher directement le point malade au nitrate d'argent fondu ou avec une pointe galvanocaustique au rouge sombre.

On pourra, à la rigueur, instituer aussi un traitement intense pour les hémostatiques ordinaires : ergotine, perchlorure, etc. On s'adressera également à la cause générale par une médication appropriée. — M. D.

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

**Le traitement rationnel du rachitisme par le chlorhydrate d'ammoniaque et les bains salés.** — Le traitement médicamenteux du rachitisme est toujours une question d'actualité, car le champ reste ouvert aux discussions. L'utilité du phosphate de chaux, prescrit chaque jour d'une façon banale, est problématique : pour les uns, il est absorbé et assimilé ; pour d'autres, il n'a aucune valeur thérapeutique, il n'est pas absorbé dans l'estomac, passe dans l'intestin où il reste insoluble. N'y a-t-il pas d'autres substances moins connues que les phosphates mais possédant une efficacité plus certaine ?

Le Dr Guizol a repris toute cette question dans une thèse intéressante faite sous l'inspiration du prof. Bézy (Toulouse, 1896) ; il essaie d'établir sur une base scientifique ce traitement si discuté ; ses recherches bien conduites l'ont amené à des aperçus nouveaux et à des conclusions pratiques séduisantes. Son traitement est logique, découlant de l'état de la nutrition même du rachitique et les résultats obtenus sont encourageants.

Pour établir le bilan de la nutrition du rachitique, l'urine donne deux éléments importants : l'urée et l'acide phosphorique. La quantité d'urée est toujours abaissée, même quand l'enfant est soumis à une nourriture azotée abondante ; la quantité d'acide phosphorique est presque double de celle provenant d'un enfant sain. L'urée, produit le plus important de la désassimilation, est le critérium de la nutrition : quand celle-ci augmente, l'urée est sécrétée en plus forte proportion. On peut ainsi, rien que par ce seul élément, évaluer les modifications de cette nutrition.

Le médicament utile sera celui qui augmentera le taux de l'urée et diminuera le chiffre de l'acide phosphorique. Le Dr Guizol soumet à ce critérium les médications usuelles du rachitisme et arrive à ces conclusions.

I. — L'*acide phosphorique, le glycéro-phosphate de chaux, l'antisepsie intestinale* n'ont aucune influence sur le chiffre de l'urée et de l'acide phosphorique.

II. — Le *bicarbonate de soude* à haute dose est nuisible, puisque deux grammes, par vingt-quatre heures, ont suffi pour diminuer l'urée et augmenter l'acide phosphorique dans ces mêmes urines.

III. — Le *phosphate bibasique de chaux* a augmenté l'urée, l'acide phosphorique, le volume des urines ; on peut donc penser qu'il est *absorbé*, sans affirmer qu'il soit *assimilé*.

IV. — Le *chlorhydrate d'ammoniaque* joint au *bicarbonate de soude*, de même que les *bains salés*, augmentent le taux de l'urée, le volume de l'urine et diminuent l'élimination de l'acide phosphorique.

L'idée d'essayer le chlorhydrate d'ammoniaque dans le rachitisme a pour point de départ l'expérience suivante faite par M. Chabrié, le distingué chef de laboratoire de la Faculté de l'hôpital Necker. M. Chabrié prit deux jeunes chiens, nés le même jour de la même mère, pesant le même poids, dont les pattes gauches de devant avaient la même longueur. Il nourrit ces chiens avec la même pâtée ; seulement l'un des deux chiens recevait par jour, en même temps, 25 centimètres cubes de solution ammoniaco-bicarbonatée. L'expérience dura 7 jours. Pendant ce temps, le chien avait ingéré 8 gr. 50 de sel ammoniac en plus de la nourriture qu'il prenait en commun avec son congénère. M. Chabrié mesura alors la patte gauche de devant des deux animaux. L'accroissement était de 1 centimètre pour le chien qui avait ingéré la liqueur ammoniacale, de 0 c. 1 seulement pour l'autre.

Pour que l'expérience fût concluante, M. Chabrié changea les rôles et le chien dont l'accroissement avait été si minime reçut, pendant sept jours, la même quantité de solution ammoniacale que son voisin, ce dernier étant privé de cette solution, pendant cette deuxième expérience. Une nouvelle mensuration montra que la patte du chien qui avait absorbé à son tour le sel ammoniac, avait grandi de 1 centimètre, tandis que l'autre avait cessé de grandir

Digitized by Google

ou avait grandi d'une quantité inappréciable en ce court espace de temps.

Le Dr Guizol donne à un enfant de trois ans et demi, pendant huit jours, 0 gr. 20 centigr. de chlorhydrate d'ammoniaque par 24 heures sous la forme pharmaceutique suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque... | 0 gr. 20 |
| Bicarbonate de soude..... | 1 gramme |
| Eau de fleurs d'oranger..... | 30 — |
| Infusion de tilleul..... | 120 — |
| Sirop de sucre..... | 60 — |

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Le résultat obtenu fut le suivant :

1° Le taux de l'urée est augmenté de 16 gr. 228 au lieu de 12 gr. 780.

2° Le volume de l'urine est accru : 798 cc. au lieu de 700 cc.

3° Le chiffre de l'acide phosphorique est diminué : 1 gr. 002 au lieu de 1 gr. 309.

Cette action bienfaisante sur la reconstitution du système osseux s'explique ainsi : c'est l'urée du sang qui contribue à la formation de l'osséine ; — chez le rachitique par suite du ralentissement de la nutrition, la production de l'urée est insuffisante ; — aussi, l'osséine ne se forme pas ou est altérée. Le sel ammoniacal se transforme en urée dans le foie et son action sur l'ossification est due à l'activité de la nutrition qu'il détermine et qui est caractérisée par la production d'une grande quantité d'urée. Quant à l'acide phosphorique, son élimination est d'autant plus grande que celle de l'urée est plus réduite ; quand le taux de l'urée augmente, c'est l'indice de la suractivité de l'assimilation et comme conséquence de la diminution des phosphates éliminés.

L'utilité des bains de mer, du séjour au bord de la mer, est incontestable et reconnu depuis longtemps ; le bain salé à domicile rend également des services. Le Dr Guizol conseille des bains contenant 2 kilos de chlorure de sodium, d'un quart d'heure de durée — le même bain sert plusieurs jours de suite. Il a suffi, en moyenne, de quatre bains pour amener une diminution notable d'acide phosphorique et une augmentation de l'urée, mais cette heureuse influence ne persiste guère au delà de 10 jours, alors même que la balnéation est continuée, d'où la nécessité de suspendre les bains de temps à autre.

En résumé, le chlorhydrate d'ammoniaque et les bains salés paraissent les meilleurs agents thérapeutiques dont nous disposions contre le rachitisme. — Dr Carron de la Carrière.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement de la hernie épigastrique.** — La hernie épigastrique est celle qui se développe au niveau de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche; frappés de l'intensité des troubles digestifs auxquels elle donne lieu, les anciens croyaient à une hernie de l'estomac et l'avaient baptisé du nom de *gastrocèle*. On sait, en effet, qu'elle s'accompagne souvent de troubles graves, de douleurs, de vomissements, qu'elle peut conduire les malades ignorants de leur état à une cachexie profonde et qu'enfin on a noté fréquemment des phénomènes d'irréductibilité et d'étranglement. Aussi a-t-on depuis longtemps reconnu la nécessité de trouver à cette affection une thérapeutique efficace. Jusqu'en 1886, l'application d'un bandage était le seul traitement qu'on lui eût opposé; assurément, il a rendu et peut rendre encore des services, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur petite, parfaitement réductible et sans tendance à l'augmentation; mais, d'une façon générale, le bandage est toujours un pis-aller, lorsqu'il s'agit de hernie épigastrique. Pour qu'une application de ce genre soit véritablement efficace, il est nécessaire de rencontrer un plan résistant, qui manque complètement dans la région sus-ombilicale; aussi, le bandage maintient-il mal la hernie réduite, ne faisant que presser contre la paroi abdominale de la masse herniée, exagérant les douleurs du malade, au lieu de les calmer. Le traitement de choix restera toujours la cure radicale, dont un des procédés types est celui auquel a recours M. Lucas-Championnière et qu'expose le Dr Lebœuf (*Th. doct.*, 1897).

Nous n'insistons pas sur les soins préliminaires, anesthésie, lavages antiseptiques, etc., pour passer de suite aux détails opératoires. Cinq temps constituent l'opération : 1° l'incision de la peau ; 2° la dissection et l'incision du sac; 3° le traitement de l'épiploon et la réduction des viscères; 4° la traction sur le sac et la ligature du collet; 5° les sutures.

L'*incision de la peau* sera verticale, portant sur la saillie, et de quelques centimètres seulement. Ceci fait, on aborde la hernie par sa périphérie, et l'on continue la dissection jusqu'à ce que l'on tombe sur le tissu fibreux de la ligne blanche. L'orifice herniaire étant limité, on l'incise entre deux pinces plates qui serviront de points de repère.

Le sac apparu, on le dissèque soigneusement, et on l'incise. La hernie contient-elle de l'épiploon, on l'étale sur le champ opératoire; on détruit les adhérences, s'il en existe; enfin, on résèque, au-dessus d'une ligature en chaîne au catgut, non seulement la partie épiploïque herniée, mais tout ce qu'on peut atteindre d'épiploon, qu'on attire à soi. Faisons remarquer que ce procédé est particulier à M. Championnière et que la plupart des chirurgiens se contentent de réséquer simplement l'épiploon hernié.

Quoi qu'il en soit, le moignon est touché avec une solution forte et rentré dans le ventre, s'il n'y a pas d'écoulement sanguin.

Lorsque la hernie est constituée par de l'intestin, on se contente de la rentrer dans la cavité abdominale.

Le sac vidé est attiré au dehors, et le doigt remonte le long de son pédicule pour détruire, s'il en existe, les

Digitized by Google

adhérences du voisinage. Lorsqu'il est disséqué, on pratique sur le collet, le plus haut possible, une ligature double en chaîne, en croisant les fils. On résèque toute la partie du sac sous-jacente à la ligature et on rentre le moignon dans le ventre. Il ne reste plus qu'à suturer la paroi fibreuse au moyen de quatre à cinq sutures au catgut, et la paroi abdominale au crin de Florence. M. Championnière fait le drainage de la plaie qu'il avait autrefois abandonné. Bien que la cicatrisation se fasse rapidement, il est nécessaire de maintenir le malade au lit pendant trois semaines, afin d'éviter les chances de récidive.

L. Flœrsheim.

---

**Tuberculose osseuse des doigts et de la main : son traitement.** — L'origine tuberculeuse du spina-ventosa, présentée par Nélaton (1836) a été démontrée en 1880 par le professeur Lannelongue et, depuis cette époque, le spina-ventosa est synonyme de tuberculose osseuse des phalanges et métacarpiens et aussi des métatarsiens. Elle revêt deux formes : 1° une forme *diaphysaire*; 2° une forme *articulaire*. Son maximum de fréquence est de un à quatre ans, ainsi que l'indique Gœtz dans sa thèse importante de 1877; mais on observe quelques cas après huit à dix ans, le Dr Coudray en cite un cas chez une jeune fille de quatorze ans.

Le traitement doit être *général* et *local*, méthodiquement institué comme l'indique le Dr Coudray (*Médecine infantile*, mars 1897).

1° *Traitement général.* — Aujourd'hui que la nature tuberculeuse du spina-ventosa ne fait plus de doute, la nécessité d'un traitement général s'impose d'une manière absolue. L'hygiène, l'alimentation seront l'objet d'une préoccupation constante. Les médicaments ordinairement employés, l'huile de foie de morue, les préparations phosphatées et iodées trouveront leur application. L'huile de foie de morue reste le médicament de choix, mais quand il n'est pas toléré, Coudray recommande la *phospholactine*. Ce médicament se présente sous forme de poudre, dont on fait prendre deux cuillerées à café par jour, pour les petits enfants, au commencement du repas ; pour ceux qui sont plus âgés, deux cuillerées à dessert.

2° *Traitement local.* — A la période de début, sous prétexte que souvent l'affection guérit parfois d'elle-même, on ne fait rien ou bien on se contente d'applications locales d'iode ; ce traitement est trop simple et conduit dans bon nombre de cas à l'aggravation des lésions.

La raison en est facile à comprendre. Comme les sujets porteurs de spina-ventosa sont des enfants et en général de petits enfants, ils continuent leurs jeux au cours desquels l'organe malade est exposé à des traumatismes continuels.

Donc, ne fût-ce que pour protéger le doigt malade, il faut *l'immobiliser* ; de plus l'immobilisation dans l'extension prévendra la flexion qui survient souvent.

Lorsqu'il n'y a pas de déviation, une petite gouttière en gutta-percha, ou bien une attelle légère en bois, ou en carton, pourront suffire. S'il existe une déviation, flexion ou incurvation latérale, il faut redresser le doigt et le maintenir en bonne position. Pour cela le meilleur moyen sera l'appareil plâtré.

La compression avec les bandelettes de diachylon, préconisée par Kœnig, agit aussi en immobilisant le doigt ; à ce double titre, elle est recommandable ; la compression à l'aide de bandelettes d'emplâtre de Vigo est préférable.

Dans certains cas même il est tout à fait précieux, c'est lorsqu'il s'agit d'une lésion suppurée à peine fermée. Dans ces conditions, l'emploi du topique antiseptique localisé permet d'aborder rapidement et avec simplicité le redressement d'un doigt dévié et de se passer d'un pansement ordinaire, gênant pour l'application d'un appareil de redressement.

Dans les cas *suppurés*, il faut intervenir : dans les cas les plus légers, l'ouverture simple de l'abcès, suivie de la cautérisation au thermocautère ou d'un minime grattage, peut suffire. Mais le plus souvent, on se trouve en face d'une phalange ou d'un métacarpien dont les altérations sont assez étendues pour nécessiter l'évidement d'une partie de la diaphyse. Souvent même une intervention de ce genre n'est pas suffisante, il faut y revenir et enlever une autre portion diaphysaire. C'est la connaissance de cette évolution qui a amené certains chirurgiens à pratiquer d'emblée la *résection sous-périostée* de la diaphyse de la phalange atteinte. En théorie cette conduite paraissait excellente, mais dans la pratique il en a été autrement ; la réparation est minime et inconstante.

Dans la tuberculose *ostéo-articulaire* non suppurée, les mêmes règles sont à suivre que pour le spina-ventosa diaphysaire. Quand la suppuration survient, il faut mettre à nu l'articulation par une ou deux incisions latérales — une suffit généralement — et détruire avec la fine curette les parties articulaires altérées. On peut être ainsi amené à enlever une portion importante des épiphyses et même des diaphyses, mais il est préférable d'agir ainsi, sans attendre les complications du côté des gaînes tendineuses.

« En résumé, dit le Dr Coudray, la tuberculose des doigt est extrêmement curable, si l'on veut bien la considérer comme très sérieuse et la traiter rigoureusement dès le début par une bonne immobilisation; on obtiendra presque toujours une guérison à peu près intégrale, en tous cas une guérison sans la suppuration et les désordres qui en sont souvent la conséquence. » — C. C.

---

## HYGIÈNE

**Rapport de l'alcoolisme avec la conception et la grossesse.** — Contrairement à une opinion assez répandue, Bacchus serait loin d'être l'ennemi de Vénus, et les observations sont innombrables qui démontrent que les alcooliques sont et restent puissants et féconds. Bien des

Digitized by Google

individus, même sous l'influence de l'alcoolisme aigu, éprouvent une surexcitation des facultés génératrices et alors exigent impérieusement, et avec brutalité presque toujours, la satisfaction de leurs désirs. Loin de constituer une médication aphrodisiaque, il est démontré que l'empoisonnement aigu ou chronique de l'organisme par l'alcool n'abolit pas la puissance des facultés génératrices.

Mais si l'alcoolique reste puissant, est-il fécond ? La réponse est absolument affirmative. L'imprégnation par l'alcool des éléments reproducteurs mâles ne les altère pas suffisamment pour détruire leur impulsion évolutive, mais elle les frappe malheureusement d'une tare indélébile! Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à visiter les établissements où sont internés les idiots et les aliénés. D'après les documents très précis de Bourneville, nombreuses sont les observations où l'idiotie, l'imbécillité, l'hydrocéphalie, l'épilepsie reconnaissent pour cause l'alcoolisme ; et l'on sait que des femmes mariées avec des hommes sains ont donné naissance à des enfants sains et vigoureux, puis devenir veuves, épouser un alcoolique et mettre au monde des enfants mourant de convulsions dans leur bas âge, ou devenant idiots et épileptiques. M. Pinard cite deux exemples intéressants pris à la clinique Baudelocque :

Le premier est relatif à une femme qui venait d'accoucher pour la onzième fois. De ses huit premiers enfants, il ne lui en reste qu'un, et il est épileptique depuis sa naissance. Le père était un alcoolique et il est mort à Sainte-Anne, de delirium tremens. Remariée avec un homme sain, elle a eu trois enfants qui tous trois sont vivants et bien portants.

La deuxième femme venait d'accoucher pour la troisième fois ; même père pour les deux premières grossesses; un enfant mort de convulsions quelques jours après sa naissance. Le deuxième est devenu hydrocéphale dès le huitième mois, le père était alcoolique et cette femme ne sait ce qu'il était devenu *(Revue d'hygiène et de police san.*, 20 janvier 1897).

Ces exemples pourraient être multipliés. Pas un praticien n'a manqué l'occasion de constater ces effets désastreux de l'alcool sur la conception : les enfants conçus dans ces conditions sont, pour ainsi dire, frappés de déchéance physiologique, et sont des candidats-nés aux maladies du système nerveux.

Pour engendrer des enfants sains, dit M. Pinard, il faut être, au moment de la procréation, sain de corps et d'esprit.

L'action de l'alcoolisme pendant la grossesse, soit par le fait de l'alcoolisme de la mère, soit par l'alcoolisme du père, ne serait pas moins néfaste. En dehors des traumatismes, des chutes qui peuvent se produire au cours de la grossesse chez une femme alcoolique et pouvant donner lieu à une interruption de la grossesse, Pinard cite encore les accidents particuliers qui peuvent se manifester par suite de l'impotence fonctionnelle du foie. Pendant la grossesse, le foie est le siège d'une suractivité fonctionnelle intense, qui ne peut s'exercer, dans sa plénitude, que quand l'organe est sain. Or, rien n'est plus fréquent que l'altération du parenchyme hépatique chez les alcooliques chroniques ; d'où, pendant la gestation, surmenage, insuffisance du travail d'élaboration et d'élimination, apparition d'accidents pouvant entraver ou empêcher le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine.

L'alcoolisme du père retentira indirectement sur le produit de la conception, pendant la gestation, en exposant la mère à un surmenage qu'il aurait pu lui éviter, et en l'exposant à maint traumatisme physique ou moral.

L'incubation de l'œuf humain, pour évoluer dans de bonnes conditions, doit se faire dans le calme et la quiétude. Comment rencontrer ce calme dans un ménage où le père est alcoolique? « Tout ce qui précède, ajoute Pinard, suffit à démontrer que l'alcoolisme doit être envisagé comme l'une des causes les plus puissantes de dépopulation et de déchéance de l'espèce humaine, c'est-à-dire comme l'un des fléaux les plus pernicieux ». — Dr Yor.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 20 avril 1897*

**Appendicite.** — M. Labbé. Il désire faire un éclectisme parmi toutes les théories et tous les faits qui ont été présentés depuis un certain temps, de façon à faciliter au praticien l'interprétation des faits. D'une manière générale, les faits sur lesquels on insiste aujourd'hui étaient déjà connus de nos devanciers. Les abcès de la fosse iliaque, les péritonites localisées étaient même déjà justiciables de la chirurgie. Ce qu'il a donné la période moderne, c'est la connaissance des débuts des accidents appendiculaires et la possibilité d'intervenir hâtivement et, en quelque sorte, préventivement.

On peut ramener à quatre types les diverses formes d'appendicite : dans un premier type, il faudrait ranger les appendicites perforantes d'emblée, avec péritonite suraiguë. Un deuxième type comprendrait les appendicites avec perforation secondaire dans lesquelles la péritonite se localise. Un troisième renfermerait les appendicites plastiques dans lesquelles la réaction péritonéale ne serait pas suppurée. Un quatrième comprendrait les accidents appendiculaires chroniques. Dans le premier groupe l'intervention est inutile, car on a difficilement raison de l'infection foudroyante. Même la non-intervention pourrait donner quelques chances d'enkystement. C'est surtout dans le deuxième cas que la chirurgie est utile en vidant l'abcès péritonéal. Mais c'est surtout pour les deux dernières formes que les études nouvelles ont été utiles, car elles ont permis d'éviter les accidents terminaux par l'intervention pratiquée à froid.

M. Dieulafoy. — Ne répond pas à M. *Reclus* pour la question de pathogénie, mais pour savoir si les gens

Digitized by Google

atteints d'entérite muco-membraneuse sont sous le coup d'accidents appendiculaires. Il apporte, pour appuyer son avis, cinquante nouvelles observations de malades suivies pendant plusieurs années. Il pense que les accidents survenus au cours de la colite membraneuse sont de pseudo-accidents appendiculaires. Il invoque l'avis de M. Hutinel, qui considère que, chez l'enfant atteint de colite membraneuse, ce que l'on prend pour de l'appendicite est souvent une simple douleur cœcale.

M. Cornil présente un travail de MM. *Babès* et *Levaditi* sur la forme actynomycosique du bacille de la tuberculose.

Fischer et Copper Jones ont déjà soutenu que le bacille de la tuberculose est une forme de champignon élevé, présentant, à un certain stade de son évolution, des filaments ramifiés, des crosses et des corpuscules métachromatiques ressemblant à ce que l'on trouve dans l'actynomycose.

M. Babès pense que le bacille de la tuberculose retourne à ce stade de son évolution quand il vit dans un milieu privé d'air. On pourrait donc le considérer comme une espèce de l'actynomycose.

M. Glénard. **Fréquence de la sténose intestinale dans l'entérite membraneuse, de la ptose intestinale et de la ptose rénale. — Un des temps du traitement de l'entérite membraneuse serait dans le soulèvement de l'abdomen de façon à rétablir l'équilibre de la pression intestinale.**

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 21 avril 1897*

**Intervention chirurgicale dans l'angio-cholite infectieuse.** — M. Michaux. Le nombre des infections biliaires traitées chirurgicalement est encore peu considérable · il est donc intéressant d'en rapporter les exemples ; telles sont les deux observations suivantes : Une femme de 28 ans, accouchée au mois de décembre 1895, et ayant présenté en janvier une courte inflammation non suppurative du sein, entre en février 1896 à l'hôpital Beaujon, pour une crise brusque de coliques hépatiques, avec vomissements, température élevée, état général grave. Le foie était volumineux, la vésicule biliaire grosse, douloureuse ; teinte subictérique des tissus. Pendant son séjour à l'hôpital, on constata que les matières fécales contenaient des calculs biliaires fins. Comme tous les moyens médicaux avaient échoué, la température restant toujours élevée, et que l'état devenait de plus en plus sérieux, M. Michaux pratiqua le 1er mars une laparotomie latérale. La vésicule biliaire était petite, infiltrée de pus à sa périphérie, ainsi que le tissu hépatique voisin. La cholécystostomie montra également la présence du pus dans son intérieur, mais pas de calcul. Cependant on sentait dans le lobe gauche du foie une tuméfaction, inaccessible par l'incision première. Une seconde laparotomie médiane fit découvrir un kyste hydatique suppuré dans le lobe gauche du foie. La malade résista à cette double intervention ; un écoulement biliaire peu abondant s'établit par la fistule latérale. Une amélioration sensible se produisit dans l'état de cette femme et elle quittait en juillet le service, guérie de tous ses accidents et de la fistule.

L'examen du pus contenu dans la vésicule et les abcès voisins y fit découvrir la présence du pneumocoque très virulent. Au contraire, le kyste hydatique suppuré ne contenait pas de microbes. M. Michaux pense que cette infection pneumococcique a eu pour point de départ la courte inflammation du sein, provoquée par la succion du nourrisson, d'où elle s'est localisée dans les voies biliaires.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 50 ans, très amaigri, souffrant depuis deux ans de crises hépatiques avec ictère chronique, gros foie, ascite et fièvre. M. Michaux pratiqua la cholécystostomie pour désinfecter les voies biliaires, et trouva un foie verdâtre, hypertrophié, une vésicule non calculeuse et 4 à 5 litres d'ascite. L'établissement de la fistule biliaire eut une influence favorable sur le foie, qui diminua de volume ; celle-ci s'est fermée au bout d'un mois et l'état du malade est très satisfaisant. La bile, recueillie au moment de l'opération, contenait de nombreux coli-bacilles.

**Cholecystite suppurée d'origine calculeuse.** — M. Gérard-Marchant. Une femme de 54 ans, malade depuis 3 jours d'un simple embarras gastrique, présente brusquement tous les signes d'une peritonite aiguë par perforation avec une température de 39°,8. M. Marchant pratique la laparotomie médiane, trouve un appendice et un estomac sains, pas de péritonite ; il agrandit alors transversalement son incision en haut vers la droite, pour arriver sur le foie. Des adhérences récentes, friables, recouvraient la vésicule biliaire très distendue. Une ponction donna issue à un pus très riche en coli-bacilles. La malade étant très faible, il ne continua pas l'opération, plaça une pince à demeure sur l'orifice de la ponction et draina la plaie avec de la gaze, après avoir suturé l'incision médiane. Deux jours après, il ouvrit la vésicule, contenant encore du pus et ramena le lendemain un gros calcul. Pendant 15 jours, on lutta contre l'infection hépatique, puis le malade finit par succomber. La température était restée constamment élevée, et il existait de plus de l'albuminurie. A l'autopsie, on trouva un foie scléreux et de gros reins blancs. Cette observation montre que la cholecystite aiguë peut simuler la péritonite et qu'elle ne guérit pas toujours par l'ouverture de la vésicule.

**Traitement des infections de l'utérus et des annexes par l'électrolyse argentique.** — M. Reynier rend compte de cette méthode de traitement des métrites et des salpingites, due à M. Boisseau du Rocher. Elle repose sur la réaction chimique qui s'opère lorsque l'on place dans la cavité utérine une tige d'argent, le pôle positif d'une pile à courants continus étant mis en rapport avec l'extrémité

Digitized by Google

externe de cette tige, et le pôle négatif placé sur la paroi abdominale. On ne doit employer qu'un courant faible de 1 à 10 milliampères; il se forme alors un oxychlorure d'argent qui a sur la muqueuse utérine une action locale légèrement caustique, en même temps que ce courant provoque la contractilité du muscle utérin. Les séances ont 5 à 8 minutes de durée et sont renouvelées 2 à 3 fois par semaine. Si l'on se sert de courants plus forts, de 30 milliampères par exemple, l'oxychlorure d'argent, qui se forme en plus grande quantité, devient alors toxique et cause des accidents d'intoxication. Deux catégories de faits se trouvent particulièrement bien de ce procédé : les hémorragies utérines, dues à des métrites ou à des fibromes, et certaines suppurations de la trompe. M. Reynier cite plusieurs observations de métrorrhagies, dues à des métrites fougueuses et suppurées, ou à des corps fibreux qui ont été guéris par cette méthode. Il semble également que la formation d'oxychlorure d'argent dans certains cas aseptise les annexes, en faisant vider les trompes ; elle décongestionne donc l'utérus et les corps fibreux, d'où la réduction de leur volume que l'on a observée dans quelques cas. Mais elle ne doit pas être employée à une époque trop voisine des règles. Si les métrorrhagies résistent à 3 ou 4 séances d'électrolyse argentique, on fera le curetage pour enlever les fongosités utérines. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Sur l'endocardite.** — M. Reichel qui a observé 100 cas d'endocardite rhumatismale, insiste sur le diagnostic différentiel de l'endocardite et du cœur fébrile (*Wiener medecinische doctoren Collegium*, 8 février).

Dans la fièvre, le tonus et la pression sont d'abord diminués, pour augmenter ensuite avec les résistances périphériques; d'où l'accentuation du 2e bruit aortique, à laquelle succède la tension décroissante, le renforcement du 2e bruit pulmonaire. C'est alors que surviennent souvent ces bruits « accidentels » importants pour le diagnostic avec l'endocardite. L'intensité, la localisation de ces bruits, les caractères du pouls ne suffisent pas pour faire le diagnostic. On doit se souvenir que l'endocardite peut frapper un cœur anémié ou affaibli par la fièvre, et qu'elle peut, elle-même, affaiblir cet organe. L'augmentation de la matité précordiale n'est pas un caractère absolu de l'endocardite, non plus que le bruit diastolique de Bamberger. La matité précordiale étendue à gauche, un souffle s'entendant à la pointe, râpeux couvrant le bruit normal est le fait de l'endocardite, un souffle surajouté, celui de l'anémie. L'endocardite est sténosante; un symptôme précoce de rétrécissement mitral non reconnaissable cliniquement, est la petitesse du pouls et la sonorité du premier bruit à la pointe. L'endocardite aortique est d'abord monovalvulaire, la ventricule gauche contient donc plus de sang et son travail est augmenté. C'est pourquoi le 2e bruit aortique (à droite du sternum) est plus marqué que normalement; peu à peu un souffle léger s'étend vers la gauche de cet os vers la région de l'artère pulmonaire. En somme, en cas d'endocardite mitrale constituée, si le 2e bruit aortique est plus frappé que d'habitude, il faut s'attendre à une insuffisance aortique. L'auteur conclut en disant que le cœur est atteint de 80 à 90 p 0/0 des cas de rhumatisme; soit beaucoup plus qu'on ne l'admet d'ordinaire (Bamberger 20 p, 0/0).

**Troubles mentaux dans le goitre exophtalmique.** — D'après Soukhanoff, on peut observer des troubles mentaux accompagnant le goitre exophtalmique et prenant tantôt l'aspect de la manie ou de la mélancolie, tantôt l'aspect d'obsessions avec impulsions irrésistibles de délire aigu, de délire chronique, de paralysie générale. Bien que ces psychoses ne soient pas en rapport direct avec la maladie de Basedow cette dernière leur imprime une empreinte caractéristique se traduisant le plus souvent par un état d'excitation, d'irrégularité ou d'inquiétude qu'il faut probablement attribuer aux changements qui s'opèrent dans la circulation cérébrale. Il est possible aussi que l'intoxication thyroïdienne puisse intervenir comme facteur étiologique dans la production de la psychose. — M. D.

**Un cas d'aphasie motrice chez un enfant dans la période initiale d'un exanthème aigu.** — Un enfant de 4 ans, atteint de scarlatine atypique, perdit, dans la première semaine de sa maladie, l'usage de la parole, tout en paraissant très bien comprendre ce qui se disait autour de lui. (Brasch, *Berl. Klin. Woch.*).

L'aphasie est au moins aussi commune chez l'enfant que chez l'adulte. Elle est causée par des traumas physiques et psychiquest indigestions, insolation, vers, etc. La fièvre typhoïde est l'agen, principal de l'aphasie, plus rarement la coqueluche, la diphtérie, le rhumatisme, la rougeole, la variole, la scarlatine. L'aphasie scarlatineuse est ordinairement due à la néphrite et apparait comme symptôme d'urémie.

Ce cas de Brasch est intéressant en ce sens qu'il est précoce et accompagné d'aucune paralysie.

Pour l'auteur, le pronostic de l'aphasie infantile est relativement bénin, les localisations cérébrales n'étant pour ainsi dire pas fixées chez l'enfant. — M.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**La péronine contre la toux des phtisiques.** — La péronine est un dérivé de la morphine que Schrœder a essayé (*Therap. Monatsch.*) pour calmer la toux des phtisiques. Il l'administre de la façon suivante, soit en solution :

Péronine..... 0 gr. 50
Eau distillée..... 100 grammes

Une cuiller à café dans un verre d'eau sucrée le soir avant de se coucher.

Soit en pilules :

Péronine..... 30 centigr.
Poudre et extrait de réglisse, q. s. p. f. 30 pilules.

A prendre 2 à 3 pilules le soir avant de se coucher.

Expérimenté sur 12 malades, ce médicament paraît bien calmer la toux, puisqu'il n'a donné aucun résultat que dans deux cas seulement.

## BIBLIOGRAPHIE

**Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897**, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. 1 vol., à la librairie J.-B. Baillière 19, rue Hautefeuille.

Digitized by Google

Le *Formulaire* de Bocquillon en est à sa huitième édition et il est trop connu pour que nous prenions la peine de présenter ce livre au public médical. Ce formulaire est le plus au courant, et celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire.

Citons en particulier : *Actol*, *Airol*, *Amygdophénime*, *Antinosine*, *Apolysine*, *Argonine*, *Benzacétine*, *Bismal*, *Bromure d'hémol*, *Caféine*, *Caféinate de fer*, *Chloralose*, *Citrophène*, *Cocaïne*. *Cuprohémol*, *Eosote*, *Eucaïne*, *Eudoxine*, *Ferripyrine*, *Ferrostyptine*, *Gallicine*, *Gélante*, *Glutol*, *Glycérophosphates*, *Hémogallol*, *Hémol*, *Hypnoacétine*, *Ichtyol*, *Iodates métalliques*, *Iodoformine*, *Itrol*, *Kola*, *Lysidine*, *Menthol*, *Myronine*, *Nosophène*, *Nutrose*, *Orphol*, *Phosphergol*, *Pipérosine*, *Pixol*, *Protogène*, *Pyrantine*, *Quinosol*, *Résorcine*, *Salantol*, *Salipyrine*, *Salithymol*, *Salophène*, *Sanoforme*, *Somatose*, *Strophantus*, *Sublimophénol*, *Tannalbine*, *Tannoforme*, *Tannigène*, *Trional*, *Thiosinnamine*, *Urotropine*, *Xéroforme*, etc., et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, introduites récemment dans la thérapeutique.

**Tuberculose et injections huileuses chez l'homme et les animaux**, par le Dr Artault de Vevey; 1 vol., à la librairie médicale O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

En peu de mots, voici l'esprit de l'ouvrage : les injections d'huile pure stérilisée rendent, même chez les malades les plus avancés, de grands services en alimentant artificiellement le malade ; elles n'ont pas de contre-indications et peuvent toujours être utilisées quand les solutions médicamenteuses ne sont pas supportées.

Ces dernières, dont le Dr Artault de Vevey donne les indications précises, sont nombreuses et sont indiquées en détail ; il y a même là des médicaments nouveaux, comme l'*apyrol*, qui est un *ichthyol soluble*.

Le Dr Artault de Vevey a pratiqué actuellement plus de 20.000 injections sans avoir jamais vu un seul abcès; il expose les petits accidents qu'elles peuvent provoquer avec les moyens de les éviter.

Un chapitre est réservé à la statistique des résultats obtenus et des effets généraux des injections.

Artaud de Vevey conclut que les chances de guérison diminuent en progression géométrique d'une période à l'autre.

Dans un chapitre à part, on trouve un grand nombre de formules pour les différentes complications de la tuberculose, pour réveiller l'appétit, relever l'état général, etc. Beaucoup de ces formules sont nouvelles et originales, telles que le traitement des pleurésies séreuses par la teinture de cantharide. Puis vient l'exposé d'expériences sur les animaux, qui ont servi à déterminer les indications de quelques médicaments, l'effet des injections sur les tissus et le mode d'absorption de l'huile par les lymphatiques.

En terminant l'ouvrage, l'auteur défend cette thèse que le bacille de la tuberculose n'est pas un agent pathogène ordinaire, mais n'est qu'un simple saprophyte, qui ne présente ni intérêt, ni originalité!

**Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice**, par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de médecine d'Arras, membre correspondant de la Société de médecine de Paris. Un volume, chez Masson frères, éditeurs, boulevard Saint-Germain.

Ce nouvel ouvrage du Dr Germe nous paraît appelé à faire sensation parmi les physiologistes et les médecins, en raison des judicieuses critiques auxquelles sont soumis les faits et les théories relatifs aux principes des mouvements du cœur, et surtout à cause de l'originalité de ceux exposés par l'auteur.

Ce travail est rempli de faits et d'interprétations nouveaux; d'après M. Germe, les mouvements du cœur et les variations si fréquentes qu'ils subissent sont soumis à son alimentation et à son débit, à la façon dont ces phénomènes s'accomplissent, aux qualités du sang et aux substances qu'il tient en dissolution, ainsi qu'à l'excitabilité et à la contractilité cardiaques. Le système nerveux *moteur* n'aurait aucune action directe sur le cœur; les théories concernant les nerfs *accélérateurs* et *dépresseurs* de la circulation ne seraient nullement démontrées ; il en serait de même de l'action *frénatrice* des pneumogastriques. A propos de ce nerf, le Dr Germe prouve, par un grand nombre d'expériences, que la fréquence des mouvements du cœur, consécutive à la section des nerfs vagues, est due à un embarras de la circulation pulmonaire, tandis que l'arrêt de ces mouvements, provoqué par la faradisation des mêmes nerfs, serait la conséquence d'une anesthésie passagère de l'endocarde. Ainsi, serait tranchée une difficulté qui, depuis plus de cinquante ans, a toujours été l'écueil des physiologistes.

**Morphinomanie et morphinisme**, par le Dr Paul Robet *(ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Falret)*. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.

L'auteur présente d'abord un historique complet du morphinisme, en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection a traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité. Après avoir étudié les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide, il aborde la symptomatologie et la théorie de l'abstinence qui constituent deux chapitres importants de son ouvrage. Puis il continue par l'examen des intoxications coexistant si communément avec la morphinomanie, en particulier de l'alcoolisme et de la cocaïnomanie, l'étude médico-légale du morphinisme, et donne, pour terminer, une large place au *traitement*, exposant les diverses méthodes employées et appréciant leur valeur thérapeutique.

Un index bibliographique, comprenant toutes les publications françaises et étrangères qui se rapportent au sujet, termine utilement cet ouvrage d'ensemble, qui manquait pour établir l'état actuel de la science en ce qui concerne l'intoxication morphinique.

## LÉGION D'HONNEUR

Nous avons reçu, il y a quelques jours, au sujet de M. le professeur Renaut, deux lettres de collègues et professeurs de province, lettres venant éloquemment à l'appui de la campagne que nous avons ouverte en faveur de notre savant ami de Lyon. Comme elles sont arrivées trop tard pour leur insertion dans le numéro de ce jour, nous les publierons dans le prochain numéro. — H. H.

**AVIS IMPORTANT.** — Nous prions *instamment* nos lecteurs de nous prévenir immédiatement du moindre retard apporté à la réception du journal.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# PHARMACOLOGIE

## Les alcaloïdes des Solanées : Lesquels faut-il prescrire ?

Par M. le Professeur POUCHET

La famille des Solanées intéresse le médecin à bien des points de vue : c'est qu'en effet, l'hygiène alimentaire et la thérapeutique lui font de larges emprunts : d'un autre côté, la toxicologie relève d'assez nombreux cas d'intoxication produits par des plantes de cette famille.

La toxicité de bon nombre de Solanées se manifeste par une action élective sur le système nerveux et cette toxicité se révèle, la plupart du temps, à des doses extrêmement faibles. On a pu, grâce à des propriétés physiologiques différentes, établir dans cette famille divers types de toxicité :

1° Le type *atropa* (jusquiame, belladone, datura), à action stupéfiante et non pas narcotique.

2° Le type *nicotiana* plutôt en rapport avec les poisons jadis appelés *narcotico-âcres* et dont la vératrine peut être regardée comme le principal représentant.

3° Le type *strychnos* convulsivant ou curarisant.

Les principes immédiats toxiques peuvent se rencontrer dans toutes les parties de ces plantes ; la richesse de ces parties en principes actifs est variable suivant l'âge de la plante ou son degré de maturité ; enfin la quantité de principes actifs qu'on peut recueillir varie avec la portion de la plante qui la fournit : les racines en effet, les tiges, les feuilles, les fleurs, les fruits, les semences et même diverses portions de ces organes ou de ces produits en renferment des proportions fort différentes.

Les racines ou les tiges souterraines sont, de tous les organes végétaux, ceux qui généralement sont le plus riches en principes actifs et, de fait, les racines de belladone, de scopolia, de jusquiame, de mandragore, de nicotiane sont toxiques.

Par contre, les tubercules féculents du *Solanum tuberosum* et ceux du *Solanum bulbocastanum* jouissent de propriétés alimentaires extrêmement appréciées, mais il ne faut pas perdre de vue qu'ils peuvent être toxiques au moment de la germination ; c'est-à-dire à une époque où ils peuvent renfermer dans leur tissu de la solanine.

On a cherché jadis à utiliser les propriétés irritantes des pommes de terre germées en prescrivant leur pulpe sous forme de cataplasme. Les racines du *Solanum trilobatum* dans l'Inde, celles du *Solanum sodomeum*, au Cap, sont utilisées à titre d'amer comme succédanés du Colombo. On a vanté comme diurétiques les racines du *Solanum mammosum* ; enfin à Madagascar, celles du *Solanum undatum* sont regardées comme fébrifuges. Les feuilles de belladone, de scopolie, de jusquiame, de datura sont toujours plus ou moins toxiques. Les feuilles jeunes ou mieux encore les jeunes pousses de morelle sont utilisées, dans l'alimentation, à Saint-Domingue, à l'Ile-de-France et jusque dans le midi de la France. Les feuilles jeunes du *Solanum oleraceum*, originaire des Antilles et celles du *Solanum sessifolium* du Brésil sont comestibles, lorsqu'elles ont été soumises à la cuisson.

Les tiges de la douce amère passent pour dépuratives, celles du *Solanum pseudoquina* du Brésil, du *Bellonia aspera* des Antilles sont fébrifuges.

Pour les autres espèces les propriétés des tiges sont en rapport avec celles qu'offrent les feuilles ou les racines.

Les fruits du *Solanum esculentum*, du *Solanum lycopersicum*, du *Solanum edule* sont comestibles mûrs ; mais, à l'état vert, ils peuvent renfermer des proportions variables de solanine et, par suite, devenir la cause d'accidents plus ou moins graves. Les baies d'alkekenge à la fois condiment et purgatif léger, ont vu le calice persistant qui les enveloppe vanté comme fébrifuge : les fruits du *Physalis pubescens* sont comestibles. Les fruits de belladone, de scopolie, de mandragore, de datura, du *Cestrum venenosum* du Cap, du *Solanum mammosum*, des *Solanum fuscatum* et *carolinense* de l'Amérique septentrionale, du *Solanum acanthifolium* des Antilles et ceux de morelle et de douce amère ont une action toxique plus ou moins violente, manifeste surtout sur les centres nerveux. Les fruits des divers Capsicum ont des propriétés différentes : on les utilise comme irritants.

Les semences provenant de plantes toxiques sont toujours toxiques.

Les premiers essais d'extraction des principes actifs renfermés dans les Solanées remontent à 1818. A cette époque, Brandes retira du datura, de la belladone et de la jusquiame trois substances qu'il nomma respectivement daturin, atropin, hyoscianin. En 1832, Mein en Allemagne et Sims aux Etats-Unis signalèrent dans la belladone une substance présentant tous les caractères d'un alcaloïde et qu'ils nommèrent atropine. Depuis cette époque, Geiger et Hesse, Otto, Baumann, Planta, Kraut et Lossen, Ladenburg, Merling ont multiplié leurs études sur les propriétés chimiques et physiologiques de ce corps.

La solanine fut isolée par Desfosses, en 1820, dans la morelle, plus tard dans la douce amère et les tiges de pommes de terre. En 1825, Payen et Chevallier la trouvèrent dans le *Solanum verbascifolium*, et en 1834, Otto de Brunswick confirma sa présence dans la pomme de terre. Foderé et Hecht trouvèrent également de la solanine dans les fruits verts de la tomate, Pelletier l'isola dans ceux du *Solanum ferox*, Marcano la trouva dans la pomme poison.

La nicotine, entrevue par Vauquelin en 1809, fut isolée par Posselt et Reimann, étudiée par Ortigosa, Boutron et Henry, Barral, Melsens, Cahours et Etard.

La strychnine et la brucine furent trouvées par Pelletier et Caventou en 1817 dans la noix vomique, recherchées dans le curare par les mêmes savants, et plus tard par Boussingault et Roulin, Pelletier et Petroz. En 1865, Preyer isola du curare la curarine.

Digitized by Google

Je crois qu'il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur les alcaloïdes renfermés dans les solanées proprement dites ; ces détails sont utiles parce que ces alcaloïdes sont des substances fort importantes, au point de vue pharmacologique et toxicologique, et parce que la question a été suffisamment embrouillée pour qu'il soit nécessaire de la remettre au point.

Quelques mots sur la constitution chimique de ces alcaloïdes vous permettront de voir comment cette question peut être élucidée et comment il est possible de l'envisager à l'heure actuelle.

Je laisse de côté la solanine et la nicotine, qui ne sont pas comparables à l'atropine, la strychnine qui fera l'objet d'une étude spéciale, et je ne parlerai que des alcaloïdes renfermés dans les belladone, datura, jusquiame, mandragore, scopolia et duboisia.

Les plantes sauvages sont toujours plus riches en principes actifs que les plantes cultivées. Pour la belladone, notamment, on constate que la richesse en alcaloïdes est variable suivant l'âge de la plante, le climat sous lequel elle s'est développée et l'époque où elle a été récoltée.

Gerrard a dressé le tableau suivant, tableau qui vous permettra de constater la teneur en principes actifs différents de la plante sauvage et de la plante cultivée et des diverses parties de ces plantes.

QUANTITÉ 0/0 D'ALCALOIDES

*Belladone*

| | Sauvage | Cultivée |
|---|---|---|
| Racines | 0.45 | 0.35 |
| Tiges | 0 11 | 0.07 |
| Feuilles | 0.58 | 0.40 |
| Fruits | 0.34 | 0.20 |

J'appelle, Messieurs, votre attention, sur le fait suivant : c'est que la racine de belladone s'appauvrit en principes actifs à mesure qu'elle vieillit. Une racine âgée de deux ans est plus riche en atropine que les feuilles du même âge, mais à partir de la quatrième année par exemple, la proportion d'atropine décroit chez elle au point de devenir inférieure à celle que renferment les feuilles. Je crois donc qu'il est préférable, dans tous les cas, de s'adresser aux feuilles dont la richesse en atropine est sensiblement constante et représente environ 4 à 4,5 0/00 de leur poids. Toutes les autres espèces que je vous ai énumérées renferment des substances alcaloïdiques et c'est ici que se montre surtout l'inconvénient que présente la multiplicité des dénominations : suivant que les alcaloïdes ont été retirés de la belladone, de la jusquiame, du datura, du duboisia ; d'une scopolia on les a appelés atropine, hyosciamine, daturine, duboisine, scopolamine.

Ces noms seraient excellents s'ils représentaient des individualités différentes ; malheureusement il n'en est rien et, presque toujours, ils s'appliquent à des mélanges, en proportion plus ou moins définie, de différentes substances, devenues la source de discussions dont la multiplicité n'exclut pas la confusion.

Je ne saurais trop insister sur le danger que présente l'emploi de ces mélanges, non seulement parce que leur étude est encore incomplète, mais encore parce qu'ils renferment certainement, à côté de corps connus, des substances encore indéterminées dont l'action physiologique, l'activité sont loin d'être nettement établies.

Il se peut que les alcaloïdes constituant ces mélanges ne diffèrent que par la seule isomérie physique : dès lors leur action physiologique pourrait être, sinon différente, au moins variable par l'intensité.

Je ne vois pas la nécessité de revêtir de noms très différents des substances extrêmement voisines les unes des autres ; les divers aconits renferment des produits actifs à constitution chimique très rapprochée, or je ne sache pas qu'il ait été nécessaire, pour leur étude, de les désigner par des noms différents.

Cette isomérie physique a été démontrée pour les plus importants des alcaloïdes fournis par les solanées.

L'atropine ordinaire, que le commerce fournit en cristaux aciculaires, est un mélange d'atropine inactive sur la lumière polarisée et d'hyosciamine lévogyre. Ladenburg a émis l'hypothèse que cette atropine présentait avec l'hyosciamine une isomérie physique, analogue à celle qui existe entre l'acide tartrique racémique et l'acide tartrique gauche. C'est ainsi que l'hyosciamine donne de l'atropine lorsqu'on vient à la chauffer en tubes capillaires à une température de 109—110° ou lorsqu'on la soumet, en solution alcoolique à 10 0/0, à l'action d'une lessive de soude.

Mais la meilleure étude, au point de vue pharmacologique, qui ait été encore faite jusqu'à présent sur les alcaloïdes des solanées est due à J. Regnauld.

En tenant compte de l'action physiologique, de la composition chimique et des réactions fournies par l'hyosciamine, il arriva à constater que cet alcaloïde présente les plus grandes analogies avec l'atropine et il proposa de substituer à ce nom d'hyosciamine celui d'atropidine qui fait mieux voir quels liens de parenté unissent ces deux corps : il se basait sur ce qui avait été fait pour la quinidine isomère de la quinine et pour la cinchonidine isomère de la cinchonine.

L'action physiologique de l'atropine et de l'atropidine est identique à l'intensité près, qu'il s'agisse de l'action de ces substances sur les centres nerveux, sur le pneumogastrique, sur les fibres sécrétoires de la corde du tympan, ou sur la pupille. L'atropidine est plus active que l'atropine, c'est-à-dire qu'une proportion plus faible de cette substance déterminera l'apparition de phénomènes qu'une dose plus élevée d'atropine pourrait produire.

Regnauld a démontré que ces deux produits seuls étaient nettement définis et qu'il était possible de les séparer l'un de l'autre, en mettant à profit des propriétés différentes de leurs chloraurates. Celui d'atropine se présente sous forme de cristaux blancs, ternes, fusibles

Digitized by Google

139 — 140°, liquéfiables dans l'eau à + 100°. Le chloraurate d'atropidine par contre est constitué par des cristaux jaunes brillants, fusibles entre 159 et 160°.

L'atropine fond à 114° ; elle est inactive sur la lumière polarisée. L'atropidine fond à 109° ; elle dévie à gauche le plan de la lumière polarisée. La belladone en renferme plus que la jusquiame.

L'atropine du Codex renferme 2/3 d'atropidine et fond à 104—105° comme le mélange artificiel qu'on peut réaliser en mélangeant les deux corps dans les proportions ci-dessus. Tous les deux répondent à la même formule $C^{17} H^{23} AzO^3$ et tous deux se dédoublent, par fixation d'eau, en tropine et acide tropique

$$C^{17} H^{23} AzO^3 + H^2O = C^8 H^{15} AzO + C^9 H^{10} O^3$$

On peut dès lors comprendre comment l'atropidine combinée ou mélangée à des proportions variables d'atropine peut former de la daturine, de l'hyosciamine, de la duboisine, de la mandragorine, de la scopolamine.

Une dernière preuve de l'identité presque absolue de ces deux corps, atropine et atropidine, est fournie par ce fait que les deux substances, traitées par l'acide sulfurique, donnent le même sulfate. Regnauld a en effet démontré que leur forme cristalline est identique et que tous deux fondent à la même température de 184°.

Au point de vue pratique, ce dernier fait a une importance capitale parce qu'il rend comparables toutes les médications réalisées avec le sulfate d'atropine, quelle que soit son origine. Il explique, en même temps, que l'on n'ait pas vu se produire, avec des sulfates d'atropine de provenance différente, les irrégularités, les inconstances d'action et même les accidents qui ont été signalés au sujet de l'emploi des iodhydrate, bromhydrate d'hyoscine, de scopolamine, etc...

J'ai insisté à dessein sur les propriétés de ces deux corps car, à l'heure actuelle, la littérature médicale est véritablement encombrée de faits touchant ces substances, ce qu'on aurait pu éviter en suivant le judicieux avis de Regnauld.

Je vous ai fait remarquer que l'atropine gauche ou atropidine était la plus active. Il semblerait même que certains composés ou mélanges encore mal définis, tels que ceux désignés sous les appellations d'hyoscine, de scopolamine, etc., possèdent une activité toxique encore beaucoup plus considérable.

Il faut faire intervenir, pour interpréter ce phénomène, la notion du rapport existant entre la constitution moléculaire des corps et leur action physiologique, notion sur laquelle les toxicologues ont, depuis longtemps et par de nombreux exemples, appelé l'attention.

C'est ainsi que le phosphore rouge n'est pas toxique alors que le phosphore blanc est doué de propriétés énergiques : ce fait, il est vrai, n'est guère susceptible de vérification expérimentale, car nous sommes en présence d'un corps simple, mais des exemples, capables d'être expliqués abondent dans le domaine des composés organiques.

Lorsqu'on vient par exemple à faire passer un courant d'acide carbonique dans une solution de phénol sodé, on obtient l'ortho-oxybenzoate ou salicylate de soude, doué de propriétés thérapeutiques énergiques. Si, par contre, on substitue dans cette préparation la potasse à la soude, on obtient non pas le sel de potasse de l'acide ortho-oxybenzoïque, mais le sel de son isomère, l'acide paroxybenzoïque, absolument dépourvu des propriétés thérapeutiques du sel précédent ; et cependant ces deux acides possèdent la même composition centésimale, les mêmes fonctions chimiques ; seule, une isomérie dite de position les distingue.

Cela ne peut donc être que par suite de la modification déterminée par la vibration moléculaire de chacun de ces deux corps que l'un est actif sur les cellules de l'organisme, l'autre, au contraire, inactif. Je pense qu'il sera possible d'interpréter de la même manière l'action des toxines et des antitoxines, faits qui sont exactement de même ordre et que l'on ne peut s'empêcher de comparer aux précédents, lorsqu'on voit des quantités impondérables d'une antitoxine suffire pour annuler des quantités a peu près impondérables, bien que beaucoup plus grandes, d'une toxine virulente.

J'ai appelé tout à l'heure votre attention sur les différences que présentaient, au point de vue physiologique, deux des acides oxybenzoïques, or il est facile de constater avec quelle facilité on peut former des isomères avec la base provenant du dédoublement de l'atropine.

Les recherches de Ladenburg, notamment, ont démontré que l'atropine pouvait être considérée, en quelque sorte, comme le chef de file d'une classe importante de composés, à fonction chimique bien déterminée, auxquels il a donné le nom de tropéines. Ces tropéines prennent naissance dans les circonstances suivantes :

Une base pyridique hydrogénée possédant une fonction alcool, base appelée *tropine*, perd, en se combinant avec une molécule d'un acide aromatique, les éléments de l'eau et engendre ainsi un éther d'amine-alcool, c'est-à-dire une *tropéine*. Nous prendrons comme exemple la formation de l'homatropine :

$$\underset{\text{Tropine}}{C^8H^{15}AzO} + \underset{\text{Acide Oxytoluique}}{C^8H^8O^3} = \underset{\text{Homatropine}}{C^{16}H^{21}AzO^3} + \underset{\text{Eau}}{H^2O}$$

L'un des termes constants du dédoublement des tropéines est la base $C^8H^{15}AzO$, appelée tropine, base qui peut elle-même se présenter sous plusieurs modifications isomériques.

Mais ce qui vient encore compliquer la notion d'isomérie des tropéines et, par conséquent, les propriétés physiologiques possibles de ces composés, c'est que des produits isomériques peuvent être fournis d'une part par les différents isomères de la base tropine et d'autre part à l'aide des isomères de l'acide qui peut s'y combiner. C'est ainsi que trois acides isomères, par exemple, les acides tropique, atrolactique, phényllactique, combinés respectivement à une molécule de tropine, donnent, tou

Digitized by Google

les trois, une tropéine présentant la même composition centésimale, la même fonction chimique, mais dont les propriétés physiologiques doivent être différentes, si je m'en rapporte aux propriétés différentes des deux acides isomères oxybenzoïques.

Je crois donc qu'il est absolument indispensable pour éviter des accidents analogues à ceux que relatait une communication récente, faite par le Dr Valude à la Société de médecine légale, de ne s'adresser, dans la pratique médicale, qu'à l'atropine ou à l'atropidine, seuls produits absolument définis, et d'éviter ces alcaloïdes d'origine étrangère, presque toujours impurs, et dont l'étude chimique et physiologique est à peine ébauchée.

Pour terminer, Messieurs, je vous donnerai quelques conseils sur la manière de prescrire l'atropine.

Rejetez la forme pilulaire qui vous donnera des produits dont la dissociation dans l'organisme est toujours incertaine à moins que la pilule ou le granule n'aient été préparés au moment du besoin. Je vous recommanderai plutôt, pour l'usage interne, l'une des deux solutions suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| 1° | Atropine..... | dix milligrammes |
| | Glycérine à 28°..... | 3 cc. 5 |
| | Eau distillée..... | 1 cc. 5 |
| | Alcool à 95°..... | Q. s. pour 10 cc. |

Cette solution donne, au compte-goutte normal, cinquante-trois gouttes pour un gramme, à peu près comme les teintures, alcooliques et chaque gramme, soit cinquante gouttes, en chiffres ronds, correspond à un milligramme d'atropine :

| | | |
|---|---|---|
| 2° | Atropine..... | dix milligrammes |
| | Alcool à 90°..... } | ãã 75 grammes |
| | Eau distillée..... } | |

Ce mélange représente 160 centimètres cubes, c'est-à-dire très sensiblement dix cuillerées à soupe : chaque cuillerée à soupe représente un milligramme et chaque cuillerée à café un quart de milligramme d'atropine.

Bien que je sois tenté de partager l'avis de ceux qui rejettent l'emploi des injections sous-cutanées d'atropine, je vous donnerai la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine..... | un centigramme. |
| Eau distillée..... } | ãã 20 grammes |
| Eau distillée laurier-cerise } | |

Un centimètre cube de cette solution représente un quart de milligramme d'atropine.

Il est souvent utile d'adjoindre le sulfate d'atropine au chlorhydrate de morphine ; la formule suivante répond à cette indication :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine. | un centigramme |
| Chl. de morphine..... | dix — |
| Eau distillée laurier-cerise | 20 grammes |

Un centimètre cube égale cinq milligrammes de chlorhydrate de morphine et un demi-milligramme d'atropine

Comme collyre, vous pouvez avoir recours à cette formule :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine. | deux à cinq centigrammes |
| Eau distilée laurier-cerise | 1 gramme |
| Eau distillée..... | 9 — |

La dose à instiller de ce collyre variera nécessairement avec la nature de l'affection, sa gravité ou son degré d'ancienneté.

Je vous signalerai en passant, et cela seulement pour vous mettre en garde contre des accidents possibles, les deux formules suivantes qui font du collyre prescrit par la pharmacopée des hôpitaux militaires une solution des plus dangereuses par son activité :

| | Hôpitaux civils. | Hôpitaux militaires. |
|---|---|---|
| | — | — |
| Sulf. d'atropine | cinq centigr. | dix centigr. |
| Eau distillée... | 30 grammes | 20 grammes |

A l'atropine que vous voulez utiliser en collyre, je vous donnerai le conseil de substituer l'homatropine.

Avec la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Bromhydrate d'homatropine... | deux centigrammes |
| Eau distillée de laurier-cerise.. | 1 gramme |
| Eau distillée..... | 9 — |

Vous obtiendrez un collyre dont vous pourrez administrer de une à deux gouttes par jour chez les myopes, pour combattre le spasme de l'accommodation, sans craindre que l'usage prolongé de ce collyre puisse déterminer des accidents de glaucôme : de plus, cet alcaloïde artificiel jouit d'une toxicité très faible et son action irritante locale est à peu près nulle.

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Necker.* — Dr H. Huchard.

## Traitement des palpitations

Les palpitations sont des battements cardiaques plus ou moins exagérés, plus ou moins précipités, et douloureusement ressentis par le malade.

Laënnec a donné une définition presque semblable quoique plus longue : « Le mot *palpitation* de cœur, dans le langage médical usuel, peut être défini un battement du cœur sensible et incommode pour le malade, plus fréquent que dans l'état naturel, et quelquefois inégal sous les rapports de fréquence et de développement. » Il ajoutait qu'alors le malade *sent* battre son cœur, ce qui n'existe pas à l'état normal, et qu'il peut aussi *l'entendre* battre, surtout quand il est couché.

Sénac, qui, au milieu du siècle dernier, a consacré dans son livre plus de cinquante pages à l'étude des palpitations, avait dit que celles-ci « ne sont que des battements plus forts et plus précipités » ; puis, une page plus loin, faisant remarquer que dans la fièvre les mouvements du cœur ne sont pas sensibles quoique plus vifs, il ajoute qu'ils méritent ce nom, « lorsqu'ils se font sentir vivement ».

Digitized by Google

I

Pendant longtemps on a confondu, quelques auteurs confondent encore la *tachycardie* avec la *palpitation*, et Laënnec, qui a donné une assez bonne définition de cette dernière, paraît avoir commis cette erreur, puisqu'il en reconnaissait plusieurs espèces, dont les unes sont caractérisées par une « augmentation de fréquence et de force à la fois des battements du cœur », et d'autres consistent « uniquement » dans leur augmentation de fréquence. A l'appui, il cite l'exemple d'une palpitation qui a duré pendant huit jours chez une femme de 70 ans : « le pouls, extrêmement petit et faible, battait constamment pendant tout ce temps, de 160 à 180 fois par minute ». Or, il faut savoir qu'on peut avoir de la tachycardie sans palpitation, et de la palpitation sans tachycardie. Les tachycardiques peuvent ne pas sentir battre douloureusement leur cœur, tandis qu'au moment d'une palpitation le malade le sent battre.

Autre erreur, encore souvent commise : dans certains cas, l'impulsion cardiaque se fait sur une large surface, la main appliquée sur la région précordiale paraît plus ou moins fortement soulevée, et l'on pourrait conclure à l'existence de palpitations que les malades n'éprouvent pas. Rappelons-nous, en effet, que celles-ci constituent un phénomène plus subjectif qu'objectif. Voici des exemples : le ventricule droit est plus directement en rapport avec la paroi précordiale que le ventricule gauche, et il soulève en masse cette paroi lorsqu'il a subi une dilatation plus ou moins considérable, comme dans certaines affections mitrales, comme à la suite de troubles hépatiques ou d'affections gastro-intestinales. Dans ces conditions, les palpitations peuvent survenir, mais elles ne sont pas constituées par l'étendue et la force des contractions ventriculaires. Il en est ainsi pour la symphyse péricardique, et même parfois, d'après Traube, pour certaines hypertrophies du ventricule gauche d'origine rénale, lesquelles seraient longtemps latentes et ne s'accompagneraient « jamais » de palpitations. Remplaçons le mot « jamais » par celui de « souvent », et nous serons davantage dans la vérité. Mais, d'une autre part, il est rare de voir l'hypertrophie cardiaque, d'origine rénale, donner lieu à des palpitations qui constitueraient pour les malades — comme le dit Lecorché, — « surtout la nuit une véritable torture ».

Troisième cause d'erreur : chez les anémiques, les chlorotiques et les névropathes, les palpitations peuvent être *fausses*, et au moment où les malades s'en plaignent, on constate que le cœur bat d'une façon normale et modérée. En pareil cas, cherchez un point douloureux à la région précordiale, et vous le trouverez. Le cœur alors, venant battre à chacune de ses révolutions contre une paroi hyperesthésiée ou douloureuse, donne la fausse sensation d'une palpitation. Un moyen bien simple de supprimer celle-ci, c'est de supprimer la douleur au moyen du *stypage* ou d'une *pulvérisation de chlorure de méthyle*.

Les intermittences cardiaques, surtout celles qui sont ressenties par les malades (car il y en a d'inconscientes), se traduisent souvent par deux sensations : une sensation d'angoisse, et ensuite de palpitation. On croit ainsi certains malades atteints d'angine de poitrine ou de cardiopathie. Or, les intermittences vraies, surtout celles qui sont dues à l'absence complète, sensible au cœur et au pouls, d'une contraction cardiaque, donnent instantanément la sensation d'une véritable angoisse très fugitive qu'il faut bien se garder de confondre avec celle de la sténocardie ; et comme la systole suivante est ordinairement plus forte que celles qui l'ont précédée, ainsi que le montrent les tracés sphygmographiques, les malades traduisent cette seconde sensation par l'expression d'un mouvement de « déclanchement du cœur », ou encore de palpitation en « coup de boutoir ». Mais, ici, il ne s'agit pas d'une palpitation, au vrai sens du mot.

On a parlé de palpitations « pré-agoniques ». Le mot est-il juste ? Nous ne le croyons pas : d'abord parce qu'aux approches de la mort, la sensibilité est trop émoussée pour que les malades aient conscience de la force des battements cardiaques ; ensuite parce que ceux-ci se passent souvent dans l'oreillette, l'*ultimum moriens*. D'une autre part, il est certain qu'à côté des palpitations ventriculaires se placent les palpitations *auriculaires*, et le fait se montre dans certains cas de rétrécissement tricuspidien ou mitral avec énorme dilatation de l'oreillette droite ou gauche. Le plus souvent, ces pulsations auriculaires sont surtout objectives, mais quelquefois elles sont réellement ressenties par les malades. Stokes a rapporté un cas remarquable de dilatation considérable de l'oreillette droite formant à droite du sternum une matité considérable que l'on aurait pu attribuer à la présence d'un anévrysme, d'autant plus que l'on percevait à son niveau « une pulsation diastolique profonde et très distincte ».

Telles sont les cinq causes d'erreurs, utiles à connaître.

Puisque les palpitations sont constituées par des battements cardiaques plus forts, plus précipités, et douloureusement ressentis, elles s'accompagnent d'une certaine angoisse ou anxiété précordiale, parfois même d'une vague sensation de dyspnée. Gendrin avait noté, dans les palpitations très violentes et prolongées, l'existence d'une douleur gravative dans l'hypochondre droit, douleur qu'il expliquait de la façon suivante : Pendant les palpitations, les veines des parties latérales du cou subissent une distension notable par suite de la rapidité insolite avec laquelle le sang est ramené au cœur ; cette stase sanguine serait alors l'image de celle qui se passe dans le cerveau, le poumon et le foie, d'où la céphalalgie, la dyspnée et la douleur de l'hypochondre droit que les malades accusent lorsqu'ils sont en proie à des palpitations très énergiques.

Celles-ci pourraient encore, d'après le même auteur, produire, en l'absence de péricardite, un bruit de frotte-

Digitized by Google

ment sous l'apparence d'un bruit sec et superficiel, se limitant à la durée de la systole et de la diastole. Mais, ce fait est très contestable, et il en est de même d'une sorte d'insuffisance ou de sténose fonctionnelle de l'orifice mitral, produites par un trouble passager dans la contractilité des piliers musculaires et donnant lieu à un souffle systolique, léger et transitoire de la pointe. Il est probable que celui-ci appartient le plus souvent à la catégorie des souffles cardio-pulmonaires ou extra-cardiaques.

Enfin, on a prétendu autrefois, et quelques auteurs admettent encore que les palpitations peuvent aboutir à l'hypertrophie du cœur par surmenage de l'organe. C'est là une erreur, et l'on prend ainsi l'effet pour la cause. Ce sont les maladies du myocarde qui provoquent les palpitations, et non celles-ci qui produisent l'hypertrophie ventriculaire.

II

Autrefois, Bamberger considérait les palpitations, suivant qu'elles proviennent du nerf vague, du grand sympathique, du cerveau et de la moelle; classification qui avait la prétention d'être physiologique, mais qui ne répondait aucunement aux besoins de la clinique.

On les a encore divisées en essentielles ou inorganiques, et en symptomatiques.

Enfin, on a établi une classification d'après leurs causes principales : nerveuses, réflexes, toxiques, cardio-vasculaires.

Ces classifications, qui ont leur raison d'être au double point de vue de la physiologie et de la sémiologie, ne répondent pas aux indications de la thérapeutique, et, comme celles-ci nous intéressent particulièrement, nous étudierons les palpitations : traitées ou non traitées par les médicaments cardiaques.

Palpitations non traitées par les médications cardiaques. — Gendrin a écrit cette phrase : « Les palpitations surviennent comme symptôme de la plupart des maladies du cœur. » Or, c'est là une erreur très grande qui a fait et fait encore commettre bien des fautes thérapeutiques, puisqu'elle conduit à l'abus de la digitale et des médicaments cardiaques. C'est le contraire qui est vrai, et lorsqu'un malade vient se plaindre de palpitations, *et rien que de cela*, on peut établir, le plus souvent, qu'il n'y a pas de maladie de cœur. Potain a judicieusement écrit : « Il n'y a aucun rapport nécessaire entre les palpitations et les lésions du cœur. Bien au contraire, l'existence prédominante de ce symptôme est souvent un indice que le cœur n'est pas atteint, ou ne l'est que faiblement. » Cette notion clinique, sur l'importance de laquelle on ne saurait trop insister, avait été indiquée en partie par Laennec, lorsqu'il disait que les palpitations sans lésion organique « sont souvent plus incommodes que les autres »; par Stokes qui avait vu chez les hystériques « les palpitations acquérir le plus haut degré de violence et la force du cœur dépasser de beaucoup celle qui s'observe dans les maladies organiques ou inflammatoires. »

Dès lors, *le traitement de la cause* fait tous les frais de la médication.

1° Lorsque les palpitations sont d'origine *toxique* ou *médicamenteuse* (abus du thé, du café, du tabac, du sulfate de quinine dont Stokes a publié un cas, etc.), la *suppression de la cause provocatrice* fait disparaître l'effet d'une manière assez rapide, à moins que ces substances aient déterminé un état dyspeptique plus ou moins accusé.

On a prétendu que les ferrugineux pouvaient par eux-mêmes produire des palpitations. Le fait est incontestable; mais le fer n'aboutit d'ordinaire à ce résultat que dans les cas où, par suite de son administration intempestive, comme dans la chlorose dyspeptique, il a produit ou accentué une gastropathie médicamenteuse. Par conséquent, les *préparations ferrugineuses* guérissent les palpitations des chlorotiques ou des anémiques à fonctionnement gastrique presque normal, et elles peuvent les provoquer et même les augmenter chez d'autres chlorotiques ou anémiques atteints de troubles dyspeptiques plus ou moins accusés. On ne saurait trop insister sur ce fait, et répéter qu'*il faut soigner la maladie stomacale d'abord, sans se préoccuper de l'état plus ou moins chlorotique ou anémique du sujet.*

2° Les *maladies de l'estomac et de l'intestin* sont souvent la cause de palpitations, et celles-ci sont d'autant plus rebelles que ces affections sont souvent latentes ou méconnues. Ainsi, il y a des gastropathies dans lesquelles les symptômes cardiaques sont si prédominants qu'ils font croire longtemps à une affection du cœur. D'autre part, il suffit souvent, comme l'a dit Potain, d'une simple douleur intestinale au niveau de l'angle qui unit le côlon transverse au côlon descendant pour produire des palpitations très rebelles, et j'ai observé deux faits où ces dernières, existant depuis plusieurs années, ont soudainement disparu chez des malades atteints et opérés d'appendicite. On conçoit que, dans ces cas, la *médication digitalique* ne puisse pas produire d'effet utile.

Sénac rappelle le fait d'un malade qui n'avait des palpitations d'origine gastrique que pendant la nuit. Or, il faut se souvenir que les palpitations nocturnes, regardées à tort comme d'essence toujours nerveuse ou arthritique, doivent être attribuées très souvent à la dyspepsie hyperchlorhydrique et surtout à la variété de dyspepsie liée à l'hypersécrétion continue du suc gastrique. Les malades, pour une raison facile à comprendre, souffrent surtout quelques heures après les repas et pendant la nuit ; de là, par action réflexe ou toxique, une cause de palpitations ou de troubles fonctionnels du cœur. Dans ces cas, le traitement doit être dirigé contre l'hyperpepsie au moyen du *régime alimentaire* et des *alcalins* à haute dose.

3° Si l'estomac, plus ou moins troublé dans son fonctionnement, peut ainsi retentir sur un cœur sain, à plus forte raison peut-il aussi agir sur un cœur malade, et c'est là un fait très important en thérapeutique. Un cardiopathe, mitral par exemple, présente au milieu du syn-

Digitized by Google

drome asystolique, des palpitations promptement réprimées par la *digitale;* puis, celle-ci devient inactive et même nuisible jusqu'à produire ou augmenter ces palpitations, lorsque ces dernières sont entretenues par un chimisme stomacal défectueux. Dans ce cas, *il faut supprimer la digitale, et recourir promptement au traitement de la cause*, c'est-à-dire de l'état dyspeptique. En un mot, dans les diverses cardiopathies, ce ne sont pas toujours les médicaments cardiaques, les toniques ou sédatifs du cœur qui font tous les frais de la médication, et il faut savoir aussi s'adresser aux diverses causes des troubles fonctionnels de l'organe.

Or, ces causes sont multiples : dyspepsie stomacale, affections de l'intestin, du foie, des voies biliaires, de l'utérus, du poumon, ectopie rénale, etc., de sorte que l'on pourrait presque dire que, de toutes les affections des organes, ce sont celles du cœur qui donnent lieu le moins souvent peut-être à des palpitations, et Sénac, qu'il faut citer souvent à ce sujet, a eu raison de dire : « Il n'y a point dans le corps de partie qui ne puisse causer des palpitations. »

Palpitations traitées par la digitale et les médicaments cardiaques. — Ici, une simple énumération suffit, et parmi les causes cardiaques des palpitations pouvant être améliorées par la digitale ou par ses succédanés, il faut citer : l'aortite aiguë au début, l'endocardite et la péricardite aiguës, les adhérences du péricarde, certaines affections valvulaires (rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale), etc.

Dans ces cas, la *digitale prescrite à petite dose* (dix gouttes de la solution de digitaline cristallisé au millième tous les jours pendant 5 à 6 jours) réussit à calmer les symptômes d'éréthisme cardiaque. Il en est de même du *strophantus* (2 à 4 granules d'extrait de strophantus à un milligramme, pendant 6 à 8 jours). D'autres fois, les *bromures* sont également indiqués, ainsi que le *bromhydrate de quinine*, en raison de l'action sédative que les sels de quinine exercent sur le cœur. On se trouve bien parfois de l'association de la digitale et du *bromhydrate de quinine*, comme dans cette formule :

| | |
|---|---|
| Bromhydrate de quinine..... | 4 grammes |
| Poudre de digitale.. ..... } | ãã 2 — |
| Extrait de convallaria..... } | |

Pour 40 pilules : deux à quatre par jour.

Chez les artério-scléreux dyspeptiques, comme dans le rétrécissement mitral des artério-scléreux compliqué de dyspepsie, les palpitations prennent parfois une intensité extrême, parce que le cœur gauche et le cœur droit ont à lutter contre les deux hypertensions, artérielle et pulmonaire, créées par la maladie artérielle d'une part, et par l'état dyspeptique d'autre part. Le traitement de ces palpitations par double hypertension a déjà été exposé.

Existe-t-il des palpitations directement goutteuses ou rhumatismales ? Scudamore l'établissait pour la goutte, et quelques auteurs ont été jusqu'à admettre l'influence toxique de l'acide urique en excès sur le cœur. Rien n'est moins prouvé, et les goutteux ont bien d'autres causes pour éprouver des palpitations : état gastrique ou nerveux, anémie, etc. Quant aux palpitations rhumatismales par action du rhumatisme sur les nerfs du cœur ou sur le myocarde, elles sont également très contestables. En tous cas, le *traitement anti-goutteux ou anti-rhumatismal* est sans action sur ces palpitations.

(1) *Journal des Praticiens*, 1897, n° 10, et *Traité de thérapeutique appliquée*, sous la direction de A. Robin (fascicule XI, 1897).

# PATHOLOGIE MÉDICALE

## Nouveau cas d'audition colorée

Par le Dr Breton (de Dijon), *ancien interne des hôpitaux de Paris*

Depuis le travail d'ensemble de Ferdinand Suarez de Mendoza en 1890, sur l'audition colorée, d'autres études ont été publiées, comme la thèse de J. Millet en 1892, le mémoire de Th. Flournoy en 1893, d'autres observations ont vu le jour, comme la plus récente de A. Grafé dans le dernier numéro de la *Revue de médecine*.

D'aucune de ces analyses ne se dégage une théorie satisfaisante pour expliquer la synopsie. Il faut donc enregistrer les faits avec le plus d'exactitude possible et accumuler des matériaux d'où pourra sortir un jour une pathogénie raisonnée.

Le cas que nous relatons a été découvert ou mieux surpris au cours d'une conversation dont l'étude du Dr Toulouse sur Zola était l'objet. Hâtons-nous d'ajouter qu'il ne peut y avoir ni simulation, ni supercherie, car le sujet de l'observation ignorait et ignore encore qu'il existe des faits analogues au sien et que des études sérieuses ont porté sur eux.

Voici l'observation. Il s'agit d'une dame de 24 ans, fort bien portante, mère d'un beau bébé de 2 ans, intelligente et ne présentant aucune tare à signaler.

Elle s'est aperçue de l'audition colorée, dont elle est atteinte, il y a 7 à 8 ans. Depuis, les phénomènes de coloration se reproduisent toujours les mêmes sans aucune atténuation, non plus sans augmentation de la teinte des couleurs. La vision ordinaire n'en est nullement gênée. Pour qu'il y ait coloration, il ne faut point que son attention soit fortement tenue en éveil : ainsi, au théâtre, l'attrait du spectacle empêche l'audition colorée, ou du moins elle passe inaperçue. Quand cette personne lit, il lui arrive fréquemment d'assister à l'apparition et à la disparition du phénomène et ce, suivant le plus ou moins d'attrait que lui offre la lecture du moment.

Quand la pensée de cette particularité lui vient à l'esprit, son attention s'y trouve reportée et la coloration revient. Il ne s'agit pourtant point là d'une auto-suggestion, car, maintes fois, son mari (qui est à même de contrôler la véracité de son témoignage) lui fit la remarque que ce n'était, ou pouvait être, de sa part qu'un effet d'imagination.

Digitized by Google

Or, cette dame est très affirmative pour nier cette hypothèse et pour confirmer catégoriquement la vision très nette des couleurs.

Les voyelles seules se colorent. Chacune d'entre elles est colorée et leur coloration n'a jamais varié depuis l'apparition de la synopsie.

L'A est rouge. L'E est crème. L'E avec accent grave est jaune. L'E avec accent aigu est blanc comme neige. L'I est bleu. L'O est marron-rosé. L'U est vert.

Il n'y a jamais fusion de ces couleurs entre elles, de façon à produire une teinte unique. L'apparition de la couleur est aussi rapide que l'énoncé de la voyelle causale. Chaque voyelle prononcée ou lue fait apparaître sa couleur propre et toutes les couleurs se juxtaposent les unes à côté des autres, nettement, sans altération de chaque teinte.

Jamais il n'y a vision de la couleur complémentaire de celle qui est évoquée. Cette auditive-coloriste affirme voir les couleurs et très vives et très nettes.

Nous répétons encore que, vu le degré intellectuel de cette personne, on ne saurait mettre en doute sa parole. Ignorant la littérature médicale sur ce sujet, il lui a paru extraordinaire qu'un médecin ait eu à l'examiner à ce point de vue.

Quelques exemples, pris au hasard, ont donné les résultats suivants. Le mot *Jeanne* donne les couleurs suivantes : crème, rouge, crème. *Zola*, marron et rouge. *Madeleine*, rouge, blanc, jaune brouillé, bleu, crème.

La couleur jaune-brouillé est due à ce que les deux voyelles qui se suivent *e* et *i* donnent lieu à une orthographe que l'on pourrait, en ce cas particulier, ainsi simplifier : *Madelène*. D'où la remarque curieuse faite par notre auditive, que pour les noms dont elle peut ignorer l'orthographe, elle s'en rapporte à son audition colorée pour les transcrire correctement. *Henri*, gris et bleu. Cette teinte grise est due à la particularité qu'ont les consonnes *m* et *n* unies à une voyelle, d'altérer la teinte propre à cette dernière et de lui donner un ton plus ou moins foncé. *Marie*, rouge, bleu, blanc. Dans ce mot, la vision des couleurs est très pure. Elle l'est moins dans *Eau* où le crème, le rouge et le vert sont un peu confus, mais séparés les uns des autres. Dans *ou*, mélange de marron et de vert qui fait un vert foncé. *Exception*, jaune, car *ex* est prononcé comme *è*, bleu et noir. La teinte marron de l'*o* se trouve renforcée par la présence de l'*n* et la teinte devient noire. Pour le même motif *in* est gris. *Embonpoint*; la présence de l'*m* et de l'*n* va accentuer toutes les teintes et donner : gris fer, marron foncé comme du chocolat, rose et gris. *Hélène*, couleur jaune très nette.

Telle est cette auditive coloriste, d'autant plus à signaler que sa mère est atteinte de personnifications. Tout mot prononcé devant cette dernière fait apparaître la vue d'un objet n'ayant d'ailleurs aucun rapport de près ou de loin avec lui. Il n'y a jamais de variations, et le même mot a toujours fait apparaître à ses yeux le même objet. Malheureusement nous n'avons pu en faire l'étude, car cette femme n'habite pas la contrée.

Le sujet de notre observation est une excellente musicienne. Jamais cependant elle n'a coloré le moindre son. Ce cas clinique est plus complet que celui de Grafé.

Si Millet, dans sa thèse, peut parfois mettre en doute la réalité des sensations perçues par ses sujets, il ne saurait en être de même pour ce qui nous concerne. Le mari de notre auditive lui a toujours entendu signaler les mêmes faits depuis les quatre années de sa vie conjugale. Jamais elle n'a varié, elle a toujours eu les mêmes sensations.

Reste la théorie de l'audition colorée.

L'engrenage des centres cérébraux de Luciani et l'hyperexcitabilité du centre chromatique suffisent à l'expliquer, dit Millet.

S'il est vrai que les synesthésies peuvent être provoquées chez tous les hommes, comme le veulent certains physiologistes, il suffirait d'y songer et de les rechercher. Cependant, sans vouloir attribuer aux seuls *décadents*, le pouvoir de comprendre les mots et d'en apprécier la couleur, il faut penser que le phénomène n'est susceptible que chez ceux dont le système nerveux est dans un état dynamique spécial.

On pourrait admettre, chez certains sujets, une sensibilité spéciale et exceptionnelle, ne portant chez les uns ou les autres que sur un seul sens. Or, ces extra-sensibles, si on peut ainsi dire, ne pourraient-ils trouver une excitation de leur centre hyperesthésié dans ces « courants universels et particuliers » dont Mesmer parle dans ses aphorismes !

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile

Opium. *Narcéine*. De 0 à 3 ans. Abstention.
De 3 à 5 ans..... 0 gr. 01 à 0 gr. 02
De 5 à 10 ans..... 0 — 01 à 0 — 05

*Poudre de Dower* (mélange de poudre d'opium, d'ipéca, de nitrate de potasse et de sulfate de potosse).

De 0 à 3 ans..... Abstention
De 3 à 5 ans..... 0 gr. 10 à 0 gr. 80 par jour
De 5 à 10 ans..... 0 — 30 à 0 — 50 —

Quinquina. — Antipaludique, antithermique, analgésique.

1° *Extrait mou de quinquina.*

De 0 à 15 mois..... 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour
De 15 mois à 3 ans..... 0 — 30 à 0 — 50 —
De 3 à 5 ans..... 0 — 50 à 1 gramme —
De 5 à 10 ans..... 1 à 4 grammes

2° *Sirop de quinquina du Codex.*

De 0 à 15 mois..... 1 à 2 cuillerées à café par jour
De 15 mois à 3 ans..... 2 à 4 — —
De 3 à 5 ans..... 1 cuillerée à bouche —
De 5 à 10 ans..... 2 à 3 — —

3° *Vin de quinquina du Codex.*

Au-dessous de 3 ans..... Abstention.
De 3 à 5 ans..... 2 cuillerées à café par jour
De 5 à 10 ans..... 2 — à dessert —

Digitized by Google

# MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

## THÉRAPEUTIQUE

**Cytisine et ulexine.** — La cytisine, connue depuis longtemps, est le principe actif du *cytisus laburnum*. Ce faux ébénier est cultivé dans les jardins pour ses belles fleurs en grappes, jaunes, pendantes. Les gousses que donnent ces fleurs, après leur fécondation, renferment des graines dont on a pu extraire deux alcaloïdes, la *cytisine* et la *laburnine*.

La cytisine s'extrait des graines d'après le procédé indiqué par Plügge ; après qu'elle a été purifiée par quelques cristallisations dans l'alcool absolu, elle se présente sous forme de gros cristaux prismatiques, incolores, anhydres, fusibles vers 150°. Elle est levogyre et son pouvoir rotatoire varie avec le dissolvant employé. Elle est très soluble dans l'eau, l'alcool, le chloroforme, l'éther acétique. C'est une base puissante diacide, répondant à la formule $C^{11}H^{16}Az^{2}O$ qui déplace l'ammoniaque de ses combinaisons et qui précipite la plupart des hydrates métalliques de leurs solutions salines. La distillation sèche de cette base en présence de soude caustique donne naissance à un composé probablement de la série pyridique. Elle fournit deux séries de sels ; la plupart des sels basiques sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. Le chlorhydrate, l'iodhydrate, le sulfate sont déliquescents, le nitrate ne l'est pas et il purifie par cristallisation dans l'alcool. Prévost et Binet, d'après leurs expériences physiologiques, ont reconnu à la cytisine des propriétés évacuantes énergiques comparables à celles du tartre stibié ; mais c'est un alcaloïde dangereux à manier à cause de son extrême toxicité.

Gray, en 1862 (cité par Huchard : *Traité de thérap. appliquée*) a démontré que la cytisine possède une action manifeste sur l'appareil circulatoire ; elle élève la tension artérielle, accélère le pouls, augmente l'activité cardiaque et la diurèse.

Prévost et Binet pensent que la cytisine n'atteint le cœur que secondairement ; le nerf vague résiste longtemps à la paralysie; la mort survient par paralysie des muscles respirateurs : comme avec le curare, le cœur qui s'arrête en diastole reste l'*ultimum moriens* dans cet empoisonnement. Plügge, dans un récent article (*Belgique médicale*, avril 1897), fixe spécialement l'attention sur l'action rétrécissante que la cytisine exerce sur les vaisseaux et sur l'augmentation de la pression du sang qui en résulte. D'après Radziwillowicz, ce rétrécissement des vaisseaux est dû exclusivement à une influence centrale, c'est-à-dire à une irritation du centre vaso-moteur, Marmé et Van de Mœr, tout en reconnaissant la justesse de cette opinion, veulent cependant laisser une certaine place à l'action périphérique.

D'après M. Huchard, il est douteux que la cytisine prenne une place importante dans la thérapeutique cardio-rénale, bien que Gray l'ait recommandé comme diurétique, Kobert comme élévateur de la tension artérielle dans certains cas de mélancolie et de migraine paralytique. Kræpelin l'administre à des enfants atteints d'aboulie et de mélancolie, à la dose de 3 milligrammes de nitrate de cytisine. Marmé et Flügge l'ont recommandé dans le traitement de l'arsenicisme aigu, comme pouvant combattre ou diminuer l'hyperémie, qui est un des phénomènes de cette intoxication.

L'*ulexine* fut extraite en 1886 par Gerrard de l'*ulex europæus* ajonc épineux ou ajonc marin ; elle paraît identique à la cytisine. Ses propriétés physiologiques sont identiques. L'ulexine a été expérimentée en France par Pinet en 1888. Elle agit sur le système nerveux, provoque des contractions spasmodiques des muscles, éléve la tension artérielle et augmente la diurèse (Huchard, *Traité de thér. appliquée*).

L'ulexine, d'après Radzewillowicz, n'est pas un poison franchement cardiaque. « Jusqu'ici, dit M. Huchard, l'ulex diureticus n'a pas d'histoire thérapeutique, au moins en France, quoiqu'on l'emploie en Angleterre contre l'hydropisie d'origine cardiaque. Pour ma part, j'ai prescrit de XX à XL gouttes d'extrait fluide sans résultat bien remarquable sur le cœur ou sur le rein. »

Nous avons employé dans le service de M. Huchard une solution de nitrate d'ulexine titrée au millième et préparée de telle sorte que L gouttes correspondent à un gramme; nous en avons donné à doses faibles, V gouttes *pro die* au début en augmentant jusqu'à X gouttes; nous n'en avons retiré aucun inconvénient ni aucun avantage ; dans les cas par nous observés, on n'a noté ni augmentation de la diurèse, ni diminution de la dyspnée. Cependant, on a remarqué la diminution de la fréquence du pouls qui se ralentit et une légère augmentation de la tension artérielle. Nos recherches sur ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir nous permettre une conclusion ; peut-être devrait-on employer des doses plus fortes, mais on ne peut qu'agir à tâtons en se servant d'un médicament aussi toxique.

A côté de ces deux alcaloïdes, la cytisine et l'ulexine dont l'identité paraît actuellement démontrée, il faut placer la *baptitoxine* extraite du *Baptisia tinctoria* par von Schrœder, qui est identique aux deux précédentes, d'après Plugge (*Belgique méd.*, avril 97).

Ce dernier auteur, d'ailleurs, a pu retirer de la cytisine de différentes Papillionacées : du sophora tomentosa, du sophora speciosa, du sophora secundiflora lagasta, de l'Euchresta Horsfieldii qui sont employées dans la thérapeutique. Ce fait, dit Plugge, que la cytisine se rencontre dans plusieurs plantes dont la force médicale a été particulièrement vantée, mais surtout aussi le fait que quelques-uns des heureux effets qu'on leur attribue, se trouvent confir-

Digitized by Google

més par l'examen pharmacodynamique de la cytisine, nous impose la question de savoir si cet alcaloïde, qui, jusqu'ici, a passé presque inaperçu, ne doit pas devenir l'objet d'un examen thérapeutique ultérieur? Avant de terminer, disons que la cytisine s'élimine par les urines et qu'elle possède une réaction qui, indiquée par Van de Mœr et modifiée par Goster, permet de déceler sa présence.

Une solution de cytisine, traitée par 5 centimètres cubes d'eau oxygénée à 0.05 0/0 et par 2 c. c. de solution de chlorure ferrique à 5 0/0. donne une coloration bleue qui vire, sous l'influence de la soude ou de l'acétate de soude, au rouge violacé. — M. Deguy et Brigemoret.

## PATHOGÉNIE

**Une nouvelle interprétation du goitre exophtalmique.** — On sait combien sont nombreuses les théories pathogéniques de cette maladie, à allures si bizarres, qu'est le goitre exophtalmique. Parmi les auteurs, les uns cherchent l'explication du syndrome en dehors du corps thyroïde, les autres dans cet organe même. Il y a donc d'un côté des théories *cardio-vasculaires* et *nerveuses*; de l'autre, une *théorie mécanique* et une *théorie chimique*.

Graves, Stokes, Luton, pensent à une maladie du cœur. Basedow, Beau, Bouillaud, à l'anémie. Ces opinions sont complètement abandonnées aujourd'hui; il n'y a, en effet, rien de constant dans les lésions du cœur chez les basedowiens.

Claude Bernard, le premier, pensa qu'il s'agissait d'une altération organique ou fonctionnelle du sympathique cervical; il peut, en effet, reproduire expérimentalement, par l'excitation de ce nerf, l'exophtalmie, la dilatation pupillaire et la tachycardie; mais la vaso-constriction obtenue ne concordait guère avec la dilatation des vaisseaux de la base du cou de la maladie de Basedow. Panas pensa à une localisation bulbaire; Gauthier (de Charolles) à une névrose vaso-motrice bulbo-protubérantielle; parmi les partisans de la névrose, il faut ranger encore Charcot, Rendu, notre maître, M. Huchard, Ballet, Marie, etc. Citons encore la théorie d'Hitschmann, qui repose sur des altérations de l'état de contraction des artères des centres bulbaires, celles de Lancereaux, Peter, Filehne, Mendel, etc...

Kœben, le premier, songea à expliquer l'exophtalmie par une compression du goitre sur le grand sympathique; Piorry alla plus loin : par la compression de la trachée, des veines sous-clavières et jugulaires, des nerfs laryngés, pneumo-gastriques, il expliqua la dyspnée, l'exophtalmie, la toux, les troubles digestifs.

Aucune de ces théories ne satisfait pleinement le Dr Riche, qui, dans un travail original et fort intéressant (*Th. doct. Paris*, 1897), expose ses idées personnelles « au problème, qui ne me semblait pas résolu, dit-il, je crois avoir trouvé *une* solution, j'ignore si c'en est *la* solution, n'ayant pu en faire la preuve matérielle. »

D'après lui, le point de départ de la maladie résiderait dans une excitation du sympathique cervical, qui se montrerait surtout chez les porteurs de goitres vasculaires. Dans les vaisseaux thyroïdiens, en effet, se développerait quelque chose d'analogue à un anévrysme cirsoïde, qui dilate ces vaisseaux et y modifie la circulation. Ceux-ci, se trouvant en rapport avec le sympathique cervical, arrivent à l'exciter, et à réaliser aussi le tableau clinique.

Chez certains individus, les artères thyroïdiennes offrent avec le sympathique cervical des rapports si intimes que Drobnik a vu un vaisseau traverser le ganglion cervical moyen, à travers une véritable boutonnière. Dès lors, pourquoi ne pas penser que l'artère, très augmentée de volume, ne puisse comprimer et exciter le cordon nerveux? Explication qui, il est vrai, n'est qu'une hypothèse, mais qui ne diffère nullement sur ce point particulier de toutes les théories qui ont été faites.

Au point de vue thérapeutique, le goitre exophtalmique est du domaine chirurgical, dès lors que l'affection ne régresse pas. On peut tenter la galvanopuncture, mais on doit abandonner les injections iodées qui ne sont pas sans danger. Les véritables méthodes de traitement sont : la thyroïdectomie partielle ou totale, et l'exothyropexie; la ligature des artères thyroïdiennes; les sections — à des niveaux différents — du sympathique cervical. La thyroïdectomie paraît être la méthode de choix.

L. Flœrsheim.

## PHYSIOLOGIE

**D'un moyen nouveau d'évaluer la richesse du sang en sucre.** — Le Dr Lyonnet a cherché s'il n'y aurait pas moyen d'évoluer la richesse du sang en sucre, en s'appuyant sur un procédé chimique, décrit sous le nom de réaction de Williamson et qui est le suivant :

On met dans un petit tube 40 millimètres cubes d'eau, puis 20 millimètres cubes de sang obtenu par la piqûre du doigt. On ajoute 1 centimètre cube d'une solution aqueuse de bleu de méthyle à 1 pour 6,000 et enfin 40 millimètres cubes de liqueur de potasse. On mélange bien et on fait chauffer pendant 4 minutes environ le tube en le plaçant dans l'eau bouillante. Lorsqu'il s'agit d'un individu sain, la coloration bleue du liquide persiste; quand il s'agit du sang d'un diabétique, il se fait une coloration jaune pâle. S'inspirant de cette méthode, le Dr Lyonnet (*Lyon méd.*) agit de la façon suivante :

Il se sert pour recueillir le sang du petit tube qui est employé dans l'hémoglobinimètre de Mallassez (Vérick). Il prend du sang jusqu'à la division 1, puis de l'eau distillée jusqu'à la division 100. Il place ce mélange dans un petit tube de verre et y ajoute deux gouttes d'une solution de potasse.

Digitized by Google

Il porte ensuite ce petit tube, fixé sur un morceau de liège dans un petit vase renfermant de l'eau bouillante.

Puis, avec un compte-gouttes bien calibré, il fait tomber goutte à goutte une solution de bleu de méthyle à 1 pour 4000.

Il fait tomber cette solution jusqu'à ce que la teinte bleue persiste d'une façon bien nette.

Avec du sang de chien, il faut en moyenne X gouttes pour obtenir une coloration bleue persistante.

Chez l'homme, c'est aussi le résultat qu'il a obtenu chez trois diabétiques, il a dosé le sucre dans l'urine et a essayé, le même jour, le procédé.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Diabétique A, urine, 50 grammes de sucre par litre, il faut XX gouttes de bleu.

Diabétique B, urine, 36 grammes de sucre par litre, il faut XIII gouttes de bleu.

Diabétique C, urine, 18 grammes de sucre par litre, il faut XII gouttes de bleu.

Il y aurait une certaine relation entre la glycosurie et la quantité de bleu qui est décolorée par le sang du diabétique, relation dont des recherches plus nombreuses établiront la constance.

## TOXICOLOGIE

**Les troubles des muqueuses dans l'arsenicisme.** — Les lésions des muqueuses dans l'arsenicisme sont moins fréquentes que les lésions de l'appareil cutané; elles intéressent la conjonctive, la muqueuse nasale et la muqueuse buccale. Les conjonctivites arsenicales sont assez rares; elles résultent de l'application locale ou de l'intoxication générale (G. Brouardel, *Thèse Paris*, 1897). Dans le premier cas, le poison agit directement, soit par les poussières, soit par le contact du toxique transporté par les mains. Lolliot, Rollet, Hogg, etc., en ont relaté un certain nombre d'exemples. Les cas de conjonctivites consécutives à des intoxications internes sont assez rares; cependant, dans certains cas d'intoxication par des vins arseniés, Dubrandy dit avoir constaté chez quelques malades des conjonctivites bulbaires et palpébrales. La conjonctivite arsenicale est toujours légère; G. Brouardel n'a trouvé aucun cas très intense où des phénomènes de suppuration se seraient produits. Elle semble habituellement passagère.

Du côté de la muqueuse nasale, on peut observer diverses manifestations. L'épistaxis arsenicale a été étudiée par Imbert Gourbeyre qui en recueillit quelques observations; et, dans presque tous les cas cités par lui, l'intoxication s'est faite par le tube digestif. Heim a observé un cas d'épistaxis survenant chez un homme qui avait pris 40 gouttes de liqueur de Fowler. Imbert Gourbeyre fit prendre à une malade 4 gouttes de liqueur de Fowler par jour; le 8e jour se produisit une épistaxis.

On observe aussi des ulcérations dans des cas où l'intoxication générale est consécutive a une application cutanée. Dans les intoxications internes aiguës, les symptômes qui résultent des troubles de la muqueuse nasale apparaissent très vite après l'absorption; dans les premiers jours, quelquefois le lendemain, les épistaxis peuvent être assez abondantes, mais elles se répètent peu. Dans les intoxications chroniques, elles peuvent se renouveler après chaque dose.

Les lésions nasales provoquées par l'application directe d'arsenic transporté par les doigts, ou par le contact de poussières arsenicales sont assez fréquentes; Hillairet a montré qu'elles pouvaient aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale. D'après Delpeuch, il y a d'abord inflammation, gonflement de la muqueuse; les parties saillantes de la paroi externe des fosses nasales comblent l'espace qui les sépare de la cloison et s'y accolent; d'où occlusion d'une ou des deux fosses nasales, les narines étant transformées en cul-de-sac; ce seraient les poussières arsenicales accumulées au fond du cul-de-sac qui détermineraient les ulcérations, ulcérations qui se feraient surtout, d'après Rollet, chez les ouvriers, sur la paroi externe et sur la cloison; sur la paroi externe, deux points seraient surtout atteints parce qu'ils font saillie; l'extrémité antérieure du cornet inférieur, et le repli saillant formé par la branche externe du cartilage de l'aile du nez; cette saillie répond à la dépression qui constitue le sillon de l'aile du nez. En écartant les narines, on peut voir les ulcérations avec leur aspect grisâtre, sanieux; quelquefois, il y a perforation du cartilage. Les perforations, exceptionnelles, sont annoncées par un écoulement séro-sanguinolent qui contient des débris membraneux et des parcelles cartilagineuses; quelquefois, on y trouve un bouchon de mucosité moulé sur la perforation. Lorsqu'il n'y a qu'inflammation, les symptômes sont beaucoup plus légers : ils peuvent ne consister qu'en simple coryza, signalé par Lolliot, comme assez fréquent chez les ouvriers qui manient l'arsenic. L'hydrogène arsenié peut également, d'après Valette, déterminer des épistaxis.

Les perforations sont généralement bénignes; elles disparaissent rapidement après la cessation de l'intoxication.

Les empoisonnements par l'arsenic peuvent occasionner des troubles et du côté des gencives et du côté de la langue. La gingivite est très rare, peut-être est-elle souvent passée inaperçue. Lolliot la signale comme fréquente chez les ouvriers qui manient l'arsenic, elle est caractérisée par de la rougeur et de la tuméfaction des gencives; sur le bord libre serait un liseré blanchâtre; la gingivite fut aussi constatée dans quelques cas d'intoxication chronique. On a observé, en outre, des ulcérations et des éruptions vésiculeuses de la bouche et de la langue. Hahnbaum a cité un cas d'éruption vésiculeuse passagère paraissant le deuxième jour d'une tentative de suicide.

Digitized by Google

Ces manifestations de l'arsenicisme sont, somme toute, assez rares, mais utiles à connaître, car on les recherche rarement en clinique. — M. D.

## BACTÉRIOLOGIE

**Des moyens de recherche du gonocoque dans l'urétrite chronique de l'homme.** — Il est de la plus haute importance pour le praticien de savoir dépister un écoulement urétral chronique et d'y pouvoir reconnaître l'existence ou l'absence de gonocoques. A chaque instant, il sera consulté par un jeune homme présentant encore une goutte matinale et désirant savoir, avant de se marier, si l'écoulement est contagieux.

La recherche du gonocoque doit se faire dans la *goutte du matin*, ou dans les *filaments* et les *grumeaux* qui se trouvent dans le premier jet d'urine, lorsque le malade présumé se lève.

I. — Donc, au lever, on recueille, à l'aide d'un fil de platine aplati à son extrémité et préalablement flambé, une goutte du liquide qui vient sourdre au méat. A l'aide d'une longue aiguille (les aiguilles à repriser sont, à ce point de vue, indiquées), flambée également, on recueille une parcelle, la plus petite possible, du pus, qu'on dépose sur une lame de verre très propre et qu'on a auparavant passée à la flamme d'un bec de Bunsen. Avant de laisser sécher le liquide, on l'étale sur la lame de verre à l'aide de l'aiguille promenée à plat.

La sécrétion urétrale est ainsi étalée sur la lame en couche très mince et se dessèche immédiatement.

On doit s'abstenir de repasser l'aiguille sur les endroits déjà secs.

On doit alors *fixer* cette couche en versant sur elle une petite quantité d'un mélange à parties égales d'éther et d'alcool absolu — ou en passant de nouveau la lame à la flamme d'un bec de Bunsen.

Il reste la *coloration*, qu'on peut faire à l'aide de toutes les couleurs basiques d'aniline; notre collègue Berdal *(Traité pratique des maladies vénériennes)* recommande de préférence la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Bleu de méthylène..... | 1,50 centigr. |
| Borax ..... | 1 gramme |
| Eau..... | 100 — |

dont on laisse tomber quelques gouttes sur la préparation; après une minute d'attente, on lave à grande eau.

La préparation est séchée à l'aide de papier-filtre, puis avec un courant d'air, et on ajoute une goutte d'huile à immersion. La plaque de verre peut alors être examinée à l'aide du microscope.

Pour conserver définitivement la préparation, il faudrait, après coloration et dessication, laver au xylol, ajouter une goutte de baume du Canada et recouvrir d'une lamelle.

II. — Pour rechercher le gonocoque dans les filaments et grumeaux de l'urine, on fait uriner le malade, à son lever, dans deux verres différents. Le premier ne doit contenir que 40 grammes d'urine; c'est là qu'on va recueillir, à l'aide d'une aiguille à dissocier, les filaments qui nagent dans le liquide. On les dépose dans un verre de montre contenant de l'eau distillée, puis dans un second. Après cinq minutes environ, on les retire, on les porte alors sur la lame du porte-objet, et on laisse l'eau s'évaporer jusqu'à *demi-dessication*. On promène ensuite l'aiguille à repriser à plat sur la lame de verre, de façon à dissocier et à étaler les filaments qu'on traite comme il a été dit plus haut. Pour colorer, on peut, d'après Berdal, avoir recours au procédé de Lanz, qui est le suivant :

1° Après fixation, placer la lame portant le pus dans une solution d'acide trichloracétique à 20 0/0 (une demie à une minute);

2° Laver, sécher avec du papier-filtre et fixer en chauffant légèrement la lame;

3° Colorer dans une solution de bleu de méthylène (deux à cinq minutes);

4° Laver, sécher, monter au baume.

Cette méthode est compliqué et n'offre, en somme, pas grand avantage.

Lorsqu'on ne trouve pas de gonocoque dans la préparation, on n'est nullement en droit de conclure à sa non-existence; il faut, dans ce cas, recommencer les examens plusieurs fois et à des époques plus ou moins rapprochées.

Quelquefois, il est impossible de faire sourdre an méat la goutte incriminée; on peut alors la recueillir à l'aide d'une curette fine, antiseptique, raclant légèrement la paroi inférieure du méat. Quant aux injections de sublimé à un deux millième ou au millième, conseillées par certains auteurs pour faire renaître un écoulement et y déceler le gonocoque, profondément caché; ce sont des procédés auxquels il ne faut avoir recours qu'avec la plus extrême réserve, les procédés que nous avons indiqués étant pratiquement suffisants dans la généralité des cas. — L. Floersheim.

**Examen des filaments urétraux dans l'urétrite chronique de l'homme.** — Nous avons parlé, l'an dernier, dans ce journal, d'après les recherches de M. Marcel Sée, des microbes rencontrés dans l'urètre de l'homme, à la suite d'une infection blennorrhagique; nous croyons bon d'en rapprocher les résultats des examens de Tano, qui portèrent sur 30 cas d'urétrite chronique. L'examen bactériologique donna les résultats suivants (*Gaz. hebd.*) :

1° Le plus grand nombre de filaments renferment des espèces bactériennes multiples parmi lesquelles les microcoques se rencontrent bien plus souvent que les bacilles; les microcoques que l'on trouve le plus souvent sont des diplocoques en biscuit.

2° Il n'existe aucun rapport entre la flore bactérienne du filament et sa forme; il n'existe également aucun rapport entre la flore bactérienne du filament et la durée de l'écoulement catarrhal.

3° La bactériologie des filaments ne présente de varia-

Digitized by Google

tions sensibles suivant que l'individu a été ou n'a pas été sondé.

4° Sur 30 cas, l'ensemencement des filaments resta stérile chez deux individus qui ont été sondés et chez deux autres qui n'ont pas éte sondés. Dans ces quatre cas les filaments étaient minimes, de sorte qu'on peut supposer que chez ces quatres malades le processus était en voie de guérison.

5° Parmi les bactéries pathogènes connues, on ne trouva que le staphylocoque doré, chez un malade.

6° L'examen microscopique seul des filaments ne permet pas de juger de l'infectiosité des sécrétions urétrales.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 27 avril 1897*

**Œdème suraigu du poumon.** — M. Huchard. La pathogénie de l'œdème du poumon est dominée par trois éléments : un élément mécanique; c'est l'insuffisance du cœur droit; un élément toxique qui est dû à l'insuffisance rénale et consécutivement à la rétention de produits toniques à type vasodilatateur; un élément *nerveux* se traduisant par des troubles du pneumogastrique.

(Nous réservons pour le prochain numéro la communication *in extenso.*)

M. Brouardel. L'œdème aigu du poumon présente un intérêt particulier pour le médecin légiste. Un malade suffoque la nuit; on appelle un médecin de nuit, qui fait une injection de morphine; le malade meurt; la famille peut attaquer le médecin. — Or, il sera très difficile pour le médecin légiste de reconnaître l'œdème du poumon après la mort. — Le signe le plus constant qui pourra l'éclairer c'est la lésion rénale.

M. Debove. Comme le dit M. Huchard, ce sont surtout les lésions aortiques qui paraissent se rencontrer le plus souvent dans l'œdème pulmonaire aigu et qui paraissent dominer la pathogénie; — mais elles ne sont pas absolument nécessaires, car l'œdème peut encore se rencontrer à la suite de la thoracentèse.

Etant donné les rapports qui existent entre l'œdème pulmonaire et la lésion aortique, il est assez fréquent de prendre cette affection pulmonaire pour l'angine de poitrine.

M. Huchard. La différenciation entre ces deux affections a une grande utilité, car les indications thérapeutiques ne sont pas les mêmes dans les deux cas.

Supposons, par exemple, un aortique, auquel on administre de l'iodure de potassium, pris d'œdème aigu; il faudra rapidement suspendre l'iodure de potassium et faire une large saignée.

M. Dieulafoy. Ce sont toujours ces malades atteints de lésions rénales que j'ai vus atteints d'œdème aigu du poumon; chez eux, la saignée a toujours donné de magnifiques résultats.

M. Huchard. Le *primum movens*, c'est la néphrite; mais il faut, pour déterminer l'attaque pulmonaire, une lésion aortique.

M. Brouardel. Le cœur et le rein paraissent prendre une part presque égale dans la pathogénie des accidents. L'élément nerveux peut aussi être mis en cause. Ainsi, pendant le siège de Paris, beaucoup de soldats atteints par le froid présentaient d'abord de l'aphonie, puis ensuite de l'œdème du poumon. On pourrait donc admettre que, chez ces soldats, la lésion causale était une lésion du pneumogastrique.

M. Huchard Jamais le gros rein ne cause l'œdème pulmonaire. C'est donc le rein scléreux seul qui peut être incriminé. Or, la sclérose rénale et l'aortite sont deux manifestations de la même affection. Il est donc bien naturel d'admettre comme cause de l'œdème pulmonaire la lésion rénale et la lésion aortique.

**L'élongation vraie de la moelle dans le traitement de l'ataxie.** — MM. Gilles de la Tourette et Chipault. La suspension ne produit pas d'allongement de la moelle. Au contraire, la flexion du rachis produit cet allongement; de plus, la flexion du rachis ne détermine aucun accident respiratoire ou circulatoire. Cette méthode, appliquée à 49 malades, a donné d'excellents résultats dans 22 cas. (1)

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 23 avril 1897*

**Infection blennorrhagique grave avec productions cornées de la peau.** — M. Chauffard rapporte une nouvelle observation de kératose cutanée dans le cours de l'arthro-blennorrhagisme, analogue au cas déjà signalé par M. Jacquet.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, robuste, chez lequel une première blennorrhagie avait été compliquée d'accidents graves : arthropathies multiples, ophthalmie double avec perte d'un œil, orchite droite, etc...

En décembre dernier, il eut une nouvelle blennorrhagie et, quinze jours après, on voyait recommencer la série des accidents infectieux déjà éprouvés, s'accompagnant d'une fièvre intense et d'un état adynamique grave. Les phénomènes articulaires ouvrirent la scène, puis survint une nouvelle poussée d'ophthalmie double, de cause interne, puisque les humeurs de l'œil ne renfermaient pas de gonocoques. Pendant ce temps, l'inflammation des genoux déterminait un épanchement abondant, composé de liquide trouble, sans gonocoques, retiré par la ponction. Le 10 janvier apparurent sur le gland de petites saillies papulo-squameuses, épaisses; puis de petites cornes grenues sur la face interne des cuisses, sur les poignets. Les talons étaient coiffés d'une énorme semelle cornée. Les reins, le cœur furent également touchés; on observa de l'albuminurie pendant plusieurs semaines, un souffle aortique sans insuffisance ni rétrécissement. Pendant la durée de cette maladie, causée par une infection générale au maximum, la température resta toujours élevée; cependant le patient finit par guérir.

Il semble que, si la blennorrhagie a pris chez lui une pareille intensité, c'est moins par la virulence du germe que par la nature du terrain. Ce malade était cachectisé

(1) Nous rendrons compte de la communication de M. Linossier (de Lyon) dans le prochain numéro.

Digitized by Google

au dernier degré par sa blennorrhagie ; mais cette déchéance organique pouvait s'expliquer chez lui par une azoturie très abondante (50 à 76 grammes par jour), quoiqu'il fût soumis au régime du lait ; il était donc en autophagie azoturique, vivant sur sa propre substance cellulaire.

Un fait digne de remarque est que, malgré des arthropathies nombreuses et tenaces, il ne se produisit aucune ankylose, contrairement à ce que l'on observe souvent dans le rhumatisme blennorrhagique.

Comme dans le cas rapporté par M. Jacquet, les cornes étaient formées par un cône creux, emboîtant une production conique dermo-papillaire, constituée par l'hypertrophie du corps papillaire de la peau.

M. Debove ponctionne souvent les genoux atteints d'hydarthrose. Cette opération, faite aseptiquement, ne détermine aucun accident, soulage les malades et accélère la guérison.

**Pneumothorax mortel chez un grand emphysémateux.** — MM. Galliard et Bruneau. Un homme de 72 ans, athéromateux et emphysémateux, venant à Paris en février 1897, se refroidit et présente bientôt des signes de bronchite aiguë avec des douleurs localisées à la région antérieure de la poitrine.

Le 24 mars, la bronchite paraissant guérie, il retourne à la campagne. Fatigué par le voyage, il a dans la nuit trois accès de suffocation avec cyanose, sueurs profuses, urination critique. Le 25 mars, râles sibilants et ronflants des deux côtés, dans toute la hauteur. Deux crises de dyspnée pendant la journée. Le 26, les crises n'existent plus qu'à droite. A gauche, signes de pneumothorax total, sans liquide, tympanisme, suppression des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, respiration, toux et voix amphoriques. Pas de point de côté. Dyspnée moins accentuée que la veille. Le 27, signes physiques du pneumothorax persistent sans modification. Respiration plus pénible. Pendant la nuit, mort subite. Pas d'autopsie.

**Arthrites pneumocciques multiples dans la pneumonie.** M. Duflocq. Un homme, entré à l'hôpital pour un rhumatisme chronique avec déformation des doigts, des poignets, des coudes, des genoux, y contracte une pneumonie grave. Pendant le cours de cette affection il éprouve des douleurs vives dans plusienrs jointures ; les coudes deviennent tuméfiés, rouges, œdémateux, fluctuants ; de même les épaules et les genoux. Il meurt vers le douzième jour. Une ponction pratiquée dans les coudes une heure après la mort donne un liquide verdâtre, visqueux, contenant en abondance des diplocoques lancéolés ; les mêmes pneumocoques furent retrouvés dans les épaules et les genoux. L'érosion des cartilages articulaires, les déformations des os rendaient compte de la difficulté des mouvements pendant la vie. De plus ces lésions des articulations constituaient évidemment un *locus minoris resistentiæ*, favorable au développement d'une infection microbienne.

**Séro-diagnostic du choléra.** — MM. Achard et Bensaude ont étudié l'action agglutinante du sérum de chloriques sur les cultures du bacille virgule. Sur 14 cas examinés, treize fois le sérum a montré l'agglutination des cultures du vibrion cholérique. La réaction était particulièrement nette chez des sujets qui se trouvaient au 3e, 4e, 6e et au 20e jour de la maladie. L'examen bactériologique des selles confirmait le diagnostic d'une façon certaine. Ces recherches montrent que la réaction agglutinante du sérum peut rendre pour le diagnostic du choléra les mêmes services que pour celui de la fièvre typhoïde.

**Sur la signification du pigment ocre.** — M. Jeanselme. La présence de ce pigment dans les petits vaisseaux des parenchymes montre une destruction considérable des hématies ; mais il faut un certain temps pour que les déchets globulaires se transforment en pigment ocre. La lésion primordiale porte donc sur le globule sanguin : aussi les affections dans lesquelles le pigment ocre est abondant peuvent être considérées comme des maladies hépatiques. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 28 avril 1897*

**De la péritonite à pneumocoques.** — M. Jalaguier a observé 5 cas de péritonites suppurées à pneumocoques chez des enfants. Dans l'un, la guérison est survenue à la suite de l'ouverture spontanée de collections purulentes à l'ombilic et dans le vagin ; il est intervenu dans les 4 autres cas, avec un seul décès, survenu 15 jours après l'opération ; en plus de la suppuration péritonéale, il existait deux foyers derrière le foie et la rate qui n'avaient pas été ouverts. Chez les autres malades il trouva d'énormes coagula au milieu du pus abdominal ; la guérison eut lieu en quelques jours. Il condamne les lavages du péritoine au sublimé, il se sert de l'eau salée ou bouillie, avec drainage avec des tubes gros et rigides.

M. Poirier a opéré avec succès une jeune fille atteinte d'une volumineuse péritonite enkystée, due au pneumocoque. Cette malade, qui semblait guérie, a fait d epuis de la tuberculose génitale.

M. Gerard-Marchand. Beaucoup de péritonites, soi-disant enkystées, sont généralisées ; mais cepen dant elles peuvent être généralisées et guérir par l'intervention chirurgicale. Il pratique la laparotomie médiane chez un enfant au cinquième jour d'une péritonite appendiculaire et trouve un pus épais, crémeux, avec épanchement dans les deux fosses iliaques ; à droite, l'appendice, séparé du cœcum, gangrené, baigne dans le pus ; l'intestin est couvert de plaques membraneuses, blanchâtres, qu'il enlève à l'ai de de compresses aseptiques ; guérison sans complication. Tous les signes cliniques, aussi bien que l'examen direct montraient qu'il s'agissait d'une péritonite généralisée. Il en fut de même chez une femme de 53 ans, qu'il opéra au 4e jour d'une péritonite aiguë, généralisée. M. G. Marchand attribue ces deux succès à la nature pneumonique de ces péritonites, moins graves que les inflammations péritonéales dues à des microbes plus virulents ; à la rapidité de l'intervention

Digitized by Google

pratiquée dès l'apparition des premières lueurs de la péritonite et enfin ou mode d'intervention. Il n'est point partisan de la laparotomie latérale. Une longue incision médiane permet de vider tous les abcès, d'atteindre l'appendice, de dévider les anses intestinales, de les aseptiser avec la gaze iodoformée, d'enlever les plaques fibrineuses et le pus à l'aide d'éponges aseptiques. Un drainage à gros tube doit être fait pour assurer l'issue des liquides.

M. Routier a ouvert et guéri une péritonite semblable à pneumocoques, avec fausses membranes; elle ne semblait pas enkystée, puisque les anses intestinales flottaient au milieu du pus.

M. Nélaton a opéré et guéri une femme qui présentait trois abcès péritonéaux enkystés, l'un dans le bassin, les deux autres dans les fosses iliaques; ils étaient indépendants les uns des autres, et n'étaient dus ni à une appendicite, ni à une annexite. Il fut moins heureux chez une autre malade atteinte d'abcès multiples du ventre. A l'autopsie, il en découvrit un qui n'avait pas été ouvert, situé en arrière de l'estomac perforé par un ulcère.

M. Quénu ne nie pas l'existence, ni la guérison de péritonites généralisées; mais les signes cliniques ne permettent pas de les distinguer d'après les péritonites enkystées, car ils sont les mêmes dans les deux cas. Pour affirmer une péritonite généralisée, il faut ouvrir le ventre et constater que les anses intestinales sont libres.

**Myxome du bassin.** — M. Berger communique l'observation d'un homme entré dans son service en octobre 1896, pour une énorme tumeur qui remplissait tout le bassin et remontait jusqu'à l'ombilic, refoulant les intestins, de consistance dure, peu mobile, elle comprimait à leur origine les nerfs du membre inférieur gauche qui était paralysé et le siège de vives douleurs. M. Berger enleva cette tumeur, sans blesser le péritoine et constata qu'elle était adhérente à l'os iliaque gauche au voisinage de la symphyse sacro-iliaque. Il s'agissait d'un myxome primitivement développé sur cet os et ayant évolué en 6 mois. Le malade guérit. — H. M.

# REVUE DES SOCIETES SAVANTES

## Société obstétricale et gynécologique de Paris

*(Jeudi 8 avril 1897)*

M. Richelot, à propos de la discussion de la dernière séance sur les difficultés de *certaines appendicites d'avec annexites* et réciproquement, rapporte six observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic était bien difficile à éviter. Actuellement, connaissant mieux la symptomatologie de l'appendicite, il se tromperait moins facilement, mais il croit qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit les difficultés de diagnostic différentiel lorsqu'il y a tuméfaction et douleur à droite.

M. Doléris. — L'appendicite est une affection du flanc, la salpingite une affection pelvienne. L'erreur est exceptionnelle, puisque M. Richelot, dans sa longue pratique, ne l'a commise que six fois.

M. Grimodue. — *Hydrorrhée déciduale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral.* — Chez cette femme asystolique au cours d'une grossesse qui se termina par un avortement à six mois, il se produisit, un mois avant l'expulsion du fœtus, et à plusieurs reprises, un écoulement d'une certaine quantité de liquide un peu teinté, empesant légèrement le linge, et survenant brusquement, sans cause appréciable. L'auteur attribue cette hydrorrhée à une localisation éventuelle de l'hydropisie d'origine cardiaque.

MM. Bar et Porak ne croient pas que l'hydrorrhée déciduale soit une manifestation de l'hydropisie, mais bien le résultat d'une lésion réelle de la caduque. Une discussion s'engage entre les deux derniers orateurs sur l'origine du liquide amniotique. M. Bar affirme que l'hydramnios est toujours d'origine fœtale et ne peut, par conséquent, pas entrer dans les hydropisies d'origine asystolique maternelle. M. Porak pense que le liquide amniotique est en partie d'origine maternelle. Il avoue, d'ailleurs, que l'hydramnios n'a pas été ordinairement observée dans l'asystolie.

MM. Doléris et Lenoble. — *Fistule recto-vaginale par rupture du sinus rétro-périnéal.* — Il s'agit d'une femme de 22 ans, présentant des signes de chloro-tuberculose, qui, au cours d'un accouchement terminé par le forceps, fit une fistule recto-vaginale guérie chirurgicalement. Il s'agissait là d'une fistule due à la compression de la tête fœtale en arrière de la vulve contractée spasmodiquement et représentant la première trace d'une rupture très spéciale, différant des ruptures centrales du périnée par le fait que celui-ci est resté intact.

M. Bar pense que chez cette femme le vaginisme devait s'accompagner d'une inflammation de la tunique vaginale. La perforation serait due à l'adhérence de la paroi rectale à la paroi vaginale.

M. Doléris, en faisant la colporrhaphie, a pu s'assurer qu'il n'y avait pas d'inflammation de la paroi vaginale. Il faut se contenter de l'interprétation qu'il a donnée : Occlusion très énergique et contracture de l'orifice vulvaire.

## CORRESPONDANCE

*A Monsieur* H Huchard, *directeur du « Journal des Praticiens »*.

C'est trop, mon cher ami, oui, trop longtemps parler de moi. Je suis un vieil homme de travail patient et silencieux. Vous, Robin, Laborde, mes si anciens amis, mon premier maître le professeur Duclos, M. Helme, qu'hier encore je ne connaissais point; vous tous qui de loin me suivez et me jugez, vous m'avez dit que mon œuvre est bonne. En cela j'ai trouvé la sanction maîtresse, la haute distinction morale, la vraie récompense de ce que je fais ici depuis vingt années. De cela, soyez tous remerciés publiquement. Je l'aurais fais de suite si j'avais pensé qu'un tel mouvement, suscité à mon insu par votre généreuse amitié et en dehors duquel j'eusse voulu rester, pût ainsi se propager et durer aussi longtemps.

Vous avez parlé, vous qui êtes des maîtres, des hommes d'une indépendance comme d'une autorité incontestées, pour affirmer que j'avais des droits. Je pense, moi, que je n'ai qu'un devoir : c'est de travailler toujours et encore davantage pour la Science, pour l'Ecole Lyonnaise qui m'a accueilli en 1877, et qui m'a confié un enseignement nouveau chez elle; tâche lourde! Si je l'ai bien remplie, ceux-là seuls à qui il appartient de le décider prononceront quand l'heure leur semblera bonne. J'ai confiance dans leur clairvoyance et dans leur justice. J'estimerais au plus haut prix une distinction qui, dans notre pays, rémunère les services qui ne se payent point et qui fait foi de la valeur et d l'honneur de toute une vie. La mienne vaut-elle une pareille ré-

Digitized by Google

compense? Vous l'affirmez, je le voudrais; merci donc encore de me l'avoir dit. Mais maintenant, laissez-moi retourner au Laboratoire et à l'Hôpital. Sans quoi, ne penserait-on pas peut-être que mes amis m'aiment trop, et que je ne sais pas le leur dire?

A vous, cher ami, de tout mon cœur :
Prof. J. Renaut.

Lyon, le 27 avril 1897.

---

Puisque mon ami J. Renaut le veut ainsi, nous ne parlerons plus de lui, et nous ne publierons même pas, suivant son désir, les lettres de deux de ses élèves, devenus des maîtres à leur tour, et qui nous parlaient de lui dans des termes éloquents et émus. Ces lettres font le plus grand honneur au professeur comme à ses disciples. Ceux ci ont bien raison de dire que « la reconnaissance élève l'homme, au lieu de l'abaisser », et je suis convaincu que les quatre ou cinq professeurs de diverses Facultés et les élèves brillants qu'il a formés à son école, partagent ces sentiments.

Une histoire pour terminer :

Un jour, un de mes amis me disait au sujet de cette campagne que nous avons ouverte : « Mais, vous ne songez pas qu'un ministre n'aime pas à avoir la main forcée, et qu'il fera juste le contraire de ce que vous demandez ! »

« Hé bien, lui répondis-je, j'ai une autre opinion que vous sur les ministres en général et en particulier, sur leur intelligence et sur leur honnêteté. Tenez, je n'ai pas eu l'honneur de connaître dans ma vie beaucoup de ministres ; mais j'en ai connu un avec lequel j'ai eu, il y a longtemps déjà, une conversation bien intéressante, et tout à son honneur. Ce ministre, mort il y a déjà pas mal d'années et que je désignerai suffisamment en disant qu'il était l'auteur d'une certaine chanson du quartier latin, était assez radical, et professait pour la Légion d'honneur plus qu'une profonde indifférence. Un jour, il me fait part de ses embarras au sujet de la distribution des croix.

« Je ne peux pourtant pas décorer tout le monde, ajoutait-il, et surtout ceux qui n'en sont pas absolument dignes. Je n'ai rien pour m'éclairer que beaucoup d'intrigants, et je n'ai pas l'opinion des hommes compétents et dignes de confiance pour les Sciences, pour les Lettres, pour la Médecine, le Droit, etc. »

« Tiens, tiens — lui répondis-je — mais, vous avez changé d'avis, car avant d'être ministre, je ne vous ai jamais trouvé tendre pour les décorations, et voilà que maintenant au ministère vous raisonnez autrement. Mais, c'est de « l'opportunisme », cela ! »

« Détrompez-vous, me dit-il en prenant une voix un peu plus grave. Je n'ai pas changé d'opinion, j'estime que, si la Légion d'honneur n'existait pas, il ne faudrait pas l'inventer. Mais, puisqu'elle existe, il ne faut pas la laisser traîner.., et il faut qu'elle reste réellement la « Légion d'honneur », désignation bien suggestive! C'est pourquoi je désirerais bien être éclairé sur les mérites de chacun par les hommes compétents et dignes de confiance, je le répète. »

Ici finit l'entretien, et je m'en suis souvenu en commençant cette campagne. Je me suis dit, comme mon excellent interlocuteur, que les ministres, quels qu'ils soient, lorsqu'ils arrivent au pouvoir, ont conscience de leurs devoirs, de leurs hautes responsabilités, et qu'il ne faut pas leur imputer toujours, à eux seuls, les croix un peu mal placées. Si la Presse médicale prenait la parole — ce qui est son devoir — pour indiquer les oublis, montrer quelques injustices volontaires ou involontaires, et cela toujours avec calme et modération, je suis convaincu qu'elle ferait le plus grand plaisir à MM. les ministres qui demandent « à être éclairés ».

Mais, j'y songe!... Elle a déjà parlé, la Presse médicale, elle a fait son devoir, elle a déjà largement donné à M. Renaut une belle *décoration morale*, et le ministre qui va me lire (car, j'espère qu'il me lira!) aura un bon mouvement, il finira ce que nous avons commencé, parce que ce ministre aime la France, la République et la justice.

Allons, mon cher et vaillant ami, J. Renaut, vous dont j'ai suivi et admiré l'immense labeur depuis trente ans, nous ne parlerons plus de vous, puisque vous le voulez avec trop grande modestie, et nous vous laissons à vos silencieux travaux, à vos belles découvertes. Mais le jour où l'oubli (je ne veux pas dire encore l'injustice) sera réparé, ce n'est pas vous qui serez rehaussé,... c'est la Légion d'honneur, qui devrait toujours comprendre des hommes tels que vous : sans peur ni reproche. — H. Huchard.

---

Monsieur le Directeur du *Journal des Praticiens*,

Les journaux de médecine viennent d'annoncer que le prochain Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit se tenir à Madrid, est renvoyé d'octobre 1897 à *avril 1898*.

Or, le quatrième Congrès français de médecine doit avoir lieu à Montpellier le *12 avril 1898*, sous la présidence du prof. Bernheim (de Nancy).

Cette date a été fixée par un vote, en assemblée générale, du Congrès de Nancy et publiée dès cette époque (août 1896) dans tous les journaux de médecine. Les questions à l'ordre du jour sont choisies, les rapporteurs désignés... Il ne serait plus au pouvoir de personne de modifier cette date.

Ne vous semblerait-il pas, comme à nous, profondément regrettable que ces deux Congrès aient lieu à la même époque? La coïncidence des dates ne pourrait que nuire gravement à l'une et à l'autre de ces réunions scientifiques qui s'adressent, au moins en grande partie, au même personnel médical.

Le Bureau du prochain Congrès français de médecine s'est ému de cette éventualité et a demandé au Comité d'organisation de Madrid de vouloir bien fixer le Congrès d'hygiène au plus tôt au 19 avril 1898, ou de le renvoyer à telle autre date ultérieure qui plaira mieux.

Si vous partagez notre manière de voir, nous vous serions reconnaissants de vouloir bien donner publiquement la précieuse adhésion de votre journal à notre requête.

Veuillez agréer, etc.

*Le vice-président du quatrième Congrès français de médecine,*
*Président du Comité d'organisation de Montpellier,*
Dr Grasset.

La Rédaction du *Journal des Praticiens* s'associe pleinement aux observations si justes de M. le Dr Grasset. Elle est convaincue à l'avance que, dans l'intérêt même du Congrès d'hygiène de Madrid, et par esprit de bonne confraternité, le comité d'organisation de ce Congrès voudra bien le fixer au 20 avril 1898. Cela ne peut faire de doute pour personne, et nous n'insistons pas davantage. — H. H.

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## L'œdème aigu du poumon

Par H. Huchard, *de l'Académie de Médecine*

Il me semble utile d'appeler l'attention sur un accident qui n'est pas absolument rare dans les affections aortiques. Il emprunte une grande partie de son intérêt à la soudaineté souvent brutale de son apparition, aux allures impétueuses de sa marche, à son extrême gravité dans beaucoup de cas, et surtout à la possibilité d'une thérapeutique active et favorable, quand on sait reconnaître de bonne heure cette complication redoutable et qu'on ne la confond pas avec d'autres états morbides : je veux parler de l'*œdème aigu et suraigu du poumon*.

I

Certes, son histoire clinique ne date pas d'aujourd'hui. Dès 1819, Laennec consacre quelques lignes à un œdème pulmonaire aigu qui peut suivre une péripneumonie grave, à un « œdème idiopathique » du poumon qui emporterait quelquefois dans une « orthopnée suffocante » les enfants après une rougeole; mais, il se hâte d'ajouter qu'il n'a pas eu occasion de vérifier cette conjecture.

C'est Andral qui a insisté davantage sur ces faits, et en 1837, dans ses annotations à la quatrième édition de l'*Auscultation médiate* de Laennec, il dit qu'à côté de l'œdème *chronique* ou *passif* du poumon, il y a lieu de décrire un œdème *aigu* ou *actif*, caractérisé par de rapides allures, comparables à celles de l'œdème de la glotte. Il distingue deux formes que la clinique doit conserver : une forme *aiguë*, et une forme *suraiguë* à début brusque avec orthopnée extrême et terminaison presque foudroyante. Trois ans auparavant, en 1834, dans le tome III de sa *Clinique médicale*, Andral avait rapporté quatre observations se rattachant à des maladies différentes : bronchite chronique, pneumonie, épanchement pleural, « anévrisme » du cœur. Il disait déjà qu'il s'agit d'une sorte de mouvement fluxionnaire, inconnu dans son mécanisme et sa cause prochaine, mais que « l'on ne saurait confondre avec l'inflammation. »

Après Andral, le silence se fait sur cette question pendant de longues années : à part Legendre qui, en 1846, publie un mémoire sur « l'œdème aigu du tissu cellulaire du poumon à la suite de la scarlatine »; Devay et Souin de la Savinierre qui, dans leurs thèses inaugurales de 1855 et de 1873, rapportent quelques faits semblables dans le cours du mal de Bright.

Il faut arriver maintenant jusqu'en 1879 pour trouver quelques observations éparses : l'une d'elles, que j'ai publiée à cette époque ; trois faits rapportés en 1881 par de La Harpe (de Genève), qui, tout en ignorant l'interprétation pathogénique de l'accident, parle d'une malade morte en quelques heures, chez laquelle il semblait, dit-il, « qu'une écume bouillonnante, épaisse, remplit les voies respiratoires », et après la mort on vit sortir par les narines et la bouche une écume d'un blanc pur, semblable à des œufs battus en mousse. Il cite encore l'exemple d'un malade qui eut dix ou quinze crises analogues sans y succomber, et pendant chacune de ces crises, il prenait l'aspect d'un moribond, suffoqué par un liquide écumeux qui remplissait brusquement ses voies respiratoires.

Il y a encore : quatre faits de Lund (de Christiania), publiés sous le titre de « mort subite à la suite de congestion et d'œdème pulmonaire à marche rapide », relatifs à des malades que l'on trouvait morts le matin dans leur lit et chez lesquels on constatait à l'autopsie l'existence d'un œdème très intense des deux poumons; les deux faits de Bouveret (de Lyon) qui, dans un mémoire fort intéressant, appelait de nouveau, dans la *Revue de médecine* de 1890, l'attention sur « l'œdème pulmonaire brightique suraigu avec expectoration albumineuse »; enfin, la même année, à un mois de distance, huit observations que je publiais à la *Société médicale des hôpitaux*, sur l'œdème aigu du poumon dans les affections de l'aorte. »

Tel est le bilan des faits connus ou publiés jusqu'à ce jour (1).

II

Jusqu'ici, il n'était pas question des rapports existant entre l'œdème aigu du poumon et les affections aortiques ou cardiopathies artérielles. On ne trouve cette relation que vaguement exprimée par Andral : « Dans les affections organiques du cœur, plus que dans tout autre cas, dit-il, les petites bronches viennent à exhaler en très grande quantité un liquide incolore, mucoso-séreux qui, s'accumulant dans les voies aériennes, produit pendant la vie, un surcroît de dyspnée et les deux variétés de râles bronchiques humides. » Pour lui, cet œdème à siège plutôt bronchique que pulmonaire, n'était autre chose qu'une « forme de sécrétion de la membrane muqueuse des bronches ».

Le malade dont j'ai publié naguère l'observation (*Union médicale*, 1879), sous le titre « d'angine de poitrine cardiaque et pulmonaire avec paralysie consécutive du pneumogastrique », était atteint d'aortite subaiguë d'origine goutteuse avec crises angineuses, et il a fini par succomber à plusieurs accès de violente dyspnée coïncidant avec des poussées subites d'œdème pulmonaire caractérisées par des râles crépitants fins, nombreux, mobiles, et par une sputation séro-sanguinolente, écumeuse et très abondante.

Tel était le premier exemple d'un œdème aigu du poumon, survenant par le fait d'une aortite, et d'autres observations, dont le nombre augmente chaque jour — tant il

(1) Il convient encore d'ajouter une observation de J. Renaut (de Lyon) dans la thèse de son élève Honnorat (*Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque*, Lyon 1887), où se trouve un chapitre sur « l'œdème pulmonaire aigu congestif », remarquable par l'importance des lésions constatées à l'autopsie. — H. H.

Digitized by Google

est vrai qu'en médecine on trouve souvent ce que l'on cherche attentivement — m'ont démontré que c'est là, que c'est surtout dans les rapports unissant les affections aortiques et péri-aortiques avec la production de l'œdème pulmonaire aigu, que réside l'intérêt du problème clinique, au double point de vue de la pathogénie et des indications thérapeutiques. Avant d'aborder ces deux questions, il me semble utile de tracer en quelques mots la physionomie clinique de ce syndrome.

Il en existe trois formes : les deux premières *suraiguës* ou *foudroyantes*, et *aiguës* avec expectoration caractéristique; la troisième *d'emblée bronchoplégique*, sans expectoration.

Dans la première forme, réellement *foudroyante*, dont je n'ai observé que deux cas, le début est presque subit et la terminaison extrêmement rapide, en quelques minutes, comme le fait suivant relaté par de la Harpe : un malade est réveillé en sursaut pendant la nuit; il saute hors de son lit, traverse la chambre, s'assied sur une chaise, râlant; quelques instants après, il était mort et une houppe de mousse blanche sortait abondamment de la bouche et des narines.

Dans les formes *suraiguë* et *aiguë*, beaucoup plus fréquemment observées, on constate les phénomènes suivants:

Tout à coup, ou rapidement, dyspnée intense et progressive, angoisse respiratoire extrême, qu'il ne faut pas confondre avec l'angoisse cardiaque de la sténocardie; toux quinteuse, incessante, qui ne laisse aucun repos; véritable pluie de râles crépitants à bulles très fines et très serrées envahissant sous l'oreille, comme un flot montant, les deux poumons le plus souvent de la base au sommet; puis, expectoration parfois extrêmement abondante (jusqu'à un ou deux litres en quelques heures), aérée, mousseuse, souvent limpide, de nature albumineuse, absolument comme dans les cas d'œdème du poumon et d'expectoration albumineuse après une thoracentèse trop copieuse. Souvent, l'expectoration est de coloration rosée, d'apparence *saumonée* tout à fait caractéristique, ce qui indique l'adjonction d'un élément congestif à la fluxion œdémateuse.

Avec cette abondance de râles qui envahissent rapidement la poitrine tout entière, on s'attend à trouver de la matité, ou tout au moins de la diminution de sonorité. Il n'en est rien, et j'ai presque toujours constaté un symptôme de percussion *paradoxale*, en quelque sorte, caractérisée par une certaine augmentation de la sonorité à la percussion de la poitrine. Ce phénomène est dû, ainsi que l'obscurité du murmure vésiculaire assez souvent constatée dans certains points, à la production d'un *emphysème aigu* qui accompagne presque toujours et suit parfois l'apparition de l'œdème actif du poumon.

Au milieu de ce violent orage, la température n'est pas élevée, elle est même souvent abaissée, quoique Bouveret l'ait vue monter jusqu'à 39 et même 40 degrés. Les extrémités se refroidissent, se cyanosent rapidement, la face et les lèvres sont violacées, quelquefois d'une pâleur livide faisant croire à l'imminence d'une syncope. Promptement, s'installe un râle trachéal particulier, sorte de bouillonnement bronchique couvrant les bruits bronchio-alvéolaires.

Enfin, le malade meurt rapidement au milieu des symptômes asphyxiques les plus intenses.

Mais la mort n'est pas la terminaison constante et fatale de l'œdème pulmonaire aigu et même suraigu ; le malade peut résister à plusieurs de ces fluxions œdémateuses, souvent *récidivantes* à des intervalles variables; il peut guérir, surtout si une thérapeutique active et prompte est intervenue.

Pendant le cours de cet œdème pulmonaire, il est un fait très important que j'ai presque toujours constaté. On sait que le pouls des malades atteints d'affection aortique ou de cardiopathie artérielle, garde, même au milieu de la dyspnée la plus intense, une certaine force, une résistance au doigt assez grande et très appréciable au sphygmomanomètre qui indique l'existence de l'hypertension artérielle. Or, tout d'un coup, parfois dès le début, le plus souvent dans le cours ou à la fin de la crise, on constate une *chute considérable de la tension artérielle*, ce qui rend compte de l'*asystolie aiguë* survenant parfois assez brusquement, et de la rapidité avec laquelle se montre l'œdème des membres inférieurs. C'est ainsi que chez un malade observé en 1887, avec le regretté professeur Hardy, et dont j'ai rapporté l'histoire (1), j'ai vu survenir dans l'espace d'une nuit, en quelques heures, un état asystolique des plus prononcés, avec œdème considérable des membres inférieurs, tout cela succédant à une violente poussée œdémateuse du poumon.

Cette constatation clinique permet ainsi d'assigner deux périodes à la marche de l'œdème pulmonaire aigu : la première, caractérisée par la dyspnée, une expectoration très abondante et le maintien de l'hypertension artérielle; la seconde, caractérisée au contraire par l'asystolie aiguë, une expectoration rare et devenue même impossible en raison de l'*état bronchoplégique*, et surtout par l'abaissement considérable de la tension artérielle contrastant avec l'hypertension pulmonaire.

C'est là ce qui explique pourquoi certains malades arrivent brusquement et d'emblée à la seconde période sans passer par la première ; c'est ce qui explique pourquoi il existe des cas promptement mortels d'œdèmes aigus du poumon presque latents, au moins au point de vue de l'absence complète d'expectoration. Car ce serait une erreur de croire que celle-ci est un phénomène nécessaire et pour ainsi dire pathognomonique de la fluxion œdémateuse. L'exemple suivant, que je choisis entre plusieurs, va le démontrer :

Je voyais à la fin de l'année 1896, avec le Dr Georges Leroux, une femme de cinquante ans, de souche goutteuse

(1) *Soc. méd. des hôp.*, avril 1890.

Digitized by Google

et rhumatismale, atteinte depuis trois ans d'une aortite subaiguë avec dilatation de l'aorte des plus nettes, et traces impondérables d'albumine dans les urines. Le 20, le 23 et le 28 septembre, elle éprouva, à la campagne, où elle était alors, de violents accès d'oppression, auxquels elle faillit succomber et au sujet desquels on formula le diagnostic d'accès de congestion pulmonaire d'origine goutteuse. Le 14 novembre, je la vois pour la première fois et je la soumets au régime lacté absolu, pensant qu'il pouvait s'agir de cette dyspnée *toxi-alimentaire*, d'ordinaire si promptement et si sûrement réprimée par un changement radical dans l'alimentation des malades. Nous n'avions raison qu'en partie, et à part une réelle amélioration survenue dans l'état dyspnéique sous l'influence de ce régime, j'ai vu évoluer un jour sous mes yeux un accès d'orthopnée formidable avec râles crépitants très fins, nombreux, naissant pour ainsi dire sous mon oreille et envahissant en quelques minutes presque tout le poumon gauche, de la base au sommet; anxiété extrême, mouvements respiratoires précipités, sorte de râle trachéal ou de bouillonnement bronchique, pas d'expectoration; pouls petit, rapide et misérable, extrémités froides, face pâle et blême faisant croire à tort à une menace de syncope ou à un état syncopal.

Sous l'influence d'une application répétée de ventouses sèches dont on couvre littéralement la poitrine, l'abdomen et les membres, l'orage se calme après une demi-heure, et tout disparaît sans la moindre expectoration. Elle eut encore quatre crises à peu près semblables, et le 6 janvier de cette année, après avoir effrayé pendant la journée son entourage par une « pâleur extraordinaire », elle fut prise, à 8 heures du soir, d'une crise foudroyante à laquelle elle succomba en quinze minutes au plus, avec tous les symptômes d'une véritable *asphyxie blanche* et l'expulsion, au moment de la mort, par la bouche et par le nez, d'un liquide mousseux abondant d'apparence saumonée. A la fin de novembre, M. Potain, que j'avais appelé en consultation, avait confirmé le diagnostic d'œdème aigu du poumon avec aortite et péri-aortite, et avec nous, il avait absolument écarté l'idée d'une angine de poitrine.

On peut objecter qu'ici, en l'absence de l'expectoration caractéristique, la preuve anatomique fait défaut. Voici un fait qui donnera la réponse:

En 1890, venait mourir à l'hôpital Bichat un homme de soixante ans que j'avais déjà reçu à plusieurs reprises dans mon service pour des accès d'oppression nocturne et une dyspnée d'effort, symptomatiques d'une sclérose cardio-aortique. La veille, il avait été pris subitement d'un accès d'orthopnée d'une violence inouïe, et en vingt quatre heures, il succombait littéralement asphyxié. L'expectoration était peu abondante, elle s'était même rapidement supprimée, et nous avions pu constater l'existence d'une quantité considérable de râles crépitants fins, qui avaient envahi, comme un flot montant, les deux poumons de la base au sommet.

A l'autopsie, nous avons constaté l'existence d'une dilatation de l'aorte due à l'aortite chronique; les reins étaient sains. Les poumons, d'un gris pâle, d'une consistance molle et peu élastique, étaient volumineux et comme turgides, avec les empreintes costales très accusées; nulle part, on ne trouvait de congestion, excepté aux bases. Mais à la coupe, on constatait une véritable inondation œdémateuse du parenchyme et un liquide spumeux, de coloration saumonée sortait en quantité considérable (environ 1 litre), comme un ruissellement de sérosité, lorsqu'on pressait, même légèrement, le poumon entre les doigts. Quelques portions du parenchyme pulmonaire avaient une tendance à tomber au fond de l'eau, parce qu'elles étaient complètement infiltrées par un véritable *œdème massif* qui avait rompu les cloisons alvéolaires.

Dira-t-on, avec Eichhorst, qu'il s'agit parfois d'un *œdème agonique*, se produisant dans tous les cas où le ventricule gauche ayant suspendu son travail, le ventricule droit continue encore pendant quelque temps ses contractions désordonnées? Nullement, et pour plusieurs raisons: d'abord, l'œdème agonique n'est pas total, il est partiel et envahit surtout les parties déclives; il n'arrive jamais à produire, comme l'œdème aigu, ni la rupture des cloisons alvéolaires, ni le détachement de l'endothélium, il n'est jamais associé à la congestion active du poumon; ensuite, le phénomène de l'hémisystolie, que les auteurs allemands s'obstinent à admettre, est en complète contradiction avec les enseignements physiologiques, et notre savant collègue, François-Franck, a toujours affirmé, avec preuves à l'appui, la complète synergie des deux cœurs démontrée par l'anatomie et la physiologie; enfin, lorsqu'on attribue tous ces accidents à l'agonie elle-même, il est certain qu'on prend l'effet pour la cause, et, en supposant que cette opinion fût toujours exacte, il resterait encore à savoir pourquoi certaines agonies, et pas toutes, s'acompagnent d'œdème pulmonaire.

## III

Le mécanisme de cet accident d'abord connu et étudié en France, a été l'objet de diverses théories à l'étranger: hypérémie artérielle intense, pour Niemeyer; paralysie subite ou rapide du ventricule gauche d'après Welch (de New-York) et Cohnheim; rupture de l'équilibre entre la force des deux ventricules d'après Fraentzel; sorte de spasme du ventricule gauche pour Grossmann. Quant à Bouveret, il pense que cette énorme fluxion œdémateuse des poumons qui débute et cesse brusquement, « procède d'un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire ». Sans doute; mais pourquoi ce même trouble de l'innervation dans des maladies différentes? C'est ce qu'on ne dit pas, et c'est ce qu'on n'explique point.

Or, dans l'insuffisance aortique artérielle, dans l'angine

Digitized by Google

coronarienne, dans la néphrite interstitielle artérielle, dans cette forme de rétrécissement mitral des artério-scléreux dont j'ai donné la description clinique au Congrès de médecine de Lyon (1894), il y a toujours entre ces diverses maladies et l'œdème pulmonaire aigu, un intermédiaire obligé : c'est l'aortite, c'est surtout la *périaortite* avec son retentissement inflammatoire ou réflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. Ce fait est confirmé par les recherches de Ranvier, qui a si bien démontré le rôle des troubles nerveux et vaso-moteurs dans la production des œdèmes (1).

Ce n'est pas tout. L'œdème aigu du poumon est souvent précédé par l'abaissement considérable de la tension aortique, et par l'énorme et subite augmentation de la tension pulmonaire. Contre celle-ci, le ventricule droit lutte et s'hypertrophie, et tant qu'il peut lutter, l'inondation œdémateuse du poumon est prévenue ; mais, sa force vient-elle à faiblir subitement, alors l'œdème aigu du poumon survient avec une grande rapidité. De sorte, que ce n'est pas l'insuffisance du ventricule gauche qu'il faut incriminer, mais celle du ventricule droit.

La filiation pathogénique est donc celle-ci : *troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par périaortite ; augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation ; insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit.*

Il s'agit d'un affaiblissement considérable et subit du ventricule *droit*, et non pas de celui du ventricule gauche, ce qui aboutirait à l'asystolie. Et ce n'est pas le tableau de l'asystolie que nous avons sous les yeux.

Ce qui prouve que l'hypertension pulmonaire joue un rôle des plus importants, c'est ce qui arrive à la suite des thoracentèses où l'écoulement du liquide a été trop rapide et sa soustraction trop abondante. L'expectoration albumineuse qui survient alors, doit être, — comme le dit Pinault, dès 1859 — « attribuée à l'activité qui se produit tout à coup dans la circulation pulmonaire et surtout à l'afflux considérable du sang qui fait que sa partie la plus liquide transsude à travers les membranes pour faire pleuvoir à la surface de la muqueuse bronchique des quantités quelquefois très considérables de sérosité ». Après certaines thoracentèses, il se produit donc une véritable poussée séreuse et sanguine du poumon, et je ne puis m'empêcher de faire remarquer que dans beaucoup d'observations de la thèse de Terrillon, où cette complication est notée, il y avait des lésions cardio-aortiques importantes. Celles-ci ont certainement dû favoriser la production de la congestion œdémateuse du poumon avec expectoration albumineuse après la thoracentèse, et cela en agissant sur les nerfs pneumogastriques dont la section expérimentale donne lieu à la congestion et à l'œdème pulmonaires.

Ce qui prouve que le système nerveux joue un rôle dans la production de cet accident, ce sont les symptômes qui l'accompagnent parfois et qui montrent l'atteinte portée au fonctionnement des trois branches du pneumo-gastrique. L'estomac se dilate rapidement, le cœur accélère et précipite ses battements en même temps qu'apparaît la fluxion congestive et œdémateuse du poumon. C'est là ce qui constitue, — comme je le disais dès 1879 au sujet d'une observation — le trépied morbide du pneumogastrique. Le nerf vague divague. Mais il ne faut pas oublier que le grand sympathique joue le rôle prépondérant dans la vasomotricité du poumon, et que d'après François-Franck et la plupart des physiologistes, les pneumo-gastriques ne contiennent pas ou contiennent peu de fibres vasculo-motrices pulmonaires.

Ce qui prouve encore le rôle de système nerveux, c'est le fait suivant dont un éminent maître, M. Jaccoud, a donné la relation en 1884 dans ses leçons cliniques de la Pitié :

Dans la convalescence d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire, un jeune homme de vingt-sept ans, est atteint brutalement, comme il suit : il s'affaisse, frappé d'une pâleur soudaine avec dyspnée extrêmement intense, abaissement considérable de la température, cyanose livide succédant à la pâleur, et il succombe en un quart d'heure. A l'autopsie, on trouve une congestion énorme, « colossale » des poumons, comme on n'en voit jamais, et M. Jaccoud la rapporte très judicieusement à un réflexe d'origine intestinale dont l'irradiation s'est faite sur les nerfs vasomoteurs du poumon au lieu de se porter sur le bulbe pour produire la mort par syncope d'après la pathogénie invoquée par Dieulafoy. M. Potain a cité quelques faits semblables, et M. Jaccoud dit qu'il s'agit d'un véritable *coup de sang pulmonaire*. N'est-ce pas le même mécanisme qui doit agir pour produire l'œdème aigu, véritable *apoplexie séreuse* du poumon, comme auraient dit les anciens (1) ?

Ce qui démontre enfin cette influence nerveuse, c'est l'existence fréquente de la périaortite ou d'une péricardite de la base dans ces cas.

Un homme de cinquante-deux ans, entre le 14 août 1896 à l'hôpital Necker pour des troubles respiratoires datant de dix jours (toux incessante, oppression continue, expec-

(1) Voici une des expériences de Ranvier : Il lie la veine fémorale chez le chien, mais l'œdème du membre inférieur se produit surtout après la section du sciatique qui supprime également les nerfs vasculaires contenus dans ce tronc nerveux. Donc, à la stase veineuse s'ajoute la paralysie des muscles vasculaires pour produire rapidement l'œdème.

(1) Nous ne parlons pas des faits d'œdèmes aigus *primitifs* du poumon admis par quelques auteurs, sans lésion préalable de l'aorte ou des reins. Ces observations sont sujettes à contestation ; telles sont celles de J. Tyrrell Edye (Ueber paroxysmales Lungenœdem, *Diss. inaug. de Zurich* 1889), de Hermann Muller (Ueber paroxysmales angio-neurostisches Lungenœdem, *Corresp. blatt. f. Schweitzer Aertze* 1891). D'un autre côté, l'observation de L. Lévi et Hanot (*Arch. de méd.* 1895) relative à un cas de congestion œdémateuse du poumon chez un jeune homme de vingt et un ans, hystérique, manque de contrôle anatomique. Néanmoins, les congestions pulmonaires hystériques sont connues depuis longtemps, mais elles ont des rapports très éloignés avec l'œdème aigu du poumon, tel qu'il doit être compris et décrit.

Digitized by Google

toration abondante). La face est pâle, les paupières un peu bouffies, les urines abondantes renferment quelques traces d'albumine ; il n'y a pas de bruit de galop. Au sommet droit, on constate un foyer de râles crépitants très fins qui peuvent faire penser un instant à l'existence d'une tuberculose concomitante, mais l'examen des crachats est négatif. Du reste, au bout de huit jours, on observe la disparition du foyer œdémateux, des râles crépitants et de l'expectoration avec l'augmentation de l'albumine (75 centigrammes par litre). A la fin du mois de septembre, sans qu'on puisse connaître la cause de cette aggravation, l'albumine monte au chiffre de 5 grammes par litre, et le 21 octobre, après quelques accidents urémiques (vomissements et diarrhée, état semi-comateux), on voit survenir tout à coup une dyspnée considérable coïncidant avec l'existence d'une véritable pluie de râles crépitants très nombreux dans presque toute l'étendue des poumons, sans aucune expectoration ; le cœur est très accéléré avec embryocardie, l'estomac considérablement distendu, et nous constatons un double frottement péricardique très fort à la base de la région précordiale. L'orthopnée devient extrême, la face est d'une pâleur cadavéreuse, et le malade meurt asphyxié pendant la nuit avec une température de 35°,6.— A l'autopsie, reins petits, granuleux et pesant 170 grammes à eux deux, 100 grammes environ d'un liquide séro-fibrineux dans la cavité péricardique, lésions d'une péricardite récente de la base, quelques adhérences pleurales droites sans épanchement, poumons sans infarctus, mais infiltrés de sérosité d'une telle abondance qu'il s'écoule de son parenchyme, par la simple compression des doigts, plus d'un litre d'un liquide séro-sanguinolent ayant une apparence saumonée.

Voici maintenant un peintre en bâtiments, âgé de quarante-cinq ans, saturnin, entré à Necker, le 10 février 1897, et portant une double lésion aortique (rétrécissement et insuffisance avec dilatation de l'aorte). Pas la moindre trace d'albumine. Rien à signaler pendant trois semaines, sauf l'existence de frottements péricardiques, au commencement de mars. Tout à coup, le 6 mars, le malade est pris d'une dyspnée considérable avec toux incessante, expectoration mousseuse, rosée et très abondante, râles nombreux dans la poitrine. Sous l'influence d'une saignée de 350 grammes, de ventouses sèches répétées sur le thorax et les membres, d'injections sous-cutanées d'huile camphrée, l'orage se calme pour éclater de nouveau plus violent le lendemain et déterminer la mort en 20 minutes sans expectoration. — A l'autopsie, reins peu altérés, symphyse cardiaque presque généralisée avec quelques adhérences pleurales, aorte très dilatée et athéromateuse avec anévrysme cylindroïde de sa portion ascendante, insuffisance et rétrécissement aortiques, hypertrophie ventriculaire gauche, sclérose du myocarde ; poumons turgides avec empreintes costales et laissant écouler sous la coupe et par la pression des doigts plus d'un litre et demi de sérosité d'un blanc rosé.

Je n'en finirais pas, si je voulais rapporter tous les faits observés au nombre d'une quarantaine, et même ceux dans lesquels la péricardite a été constatée. J'ai voulu seulement prouver que l'altération rénale n'est pas suffisante pour expliquer la production si rapide de cet œdème aigu ; car s'il en était ainsi, si même l'urémie seule était capable d'en rendre compte, on ne comprendrait pas pourquoi cet accident ne surviendrait pas dans tous les cas.

Nous avons insisté sur l'élément *mécanique* (hypertension pulmonaire et insuffisance subite du ventricule droit), sur l'élément *nerveux* favorisé souvent par la périaortite et par la péricardite de la base. Il faut ajouter encore l'élément *toxique*, qui certainement joue un rôle en portant son action sur les nerfs et en mettant le système vasculaire « en instance d'œdème », selon la judicieuse expression de J. Renaut (de Lyon), et cet élément toxique n'est peut-être autre qu'une substance vaso-dilatatrice trouvée par M. le professeur Bouchard, dans les urines de certains urémiques.

Voilà une pathogénie certainement très complexe, et cela très heureusement, ajouterai-je; car, la réunion nécessaire de tous ces éléments pathogéniques explique et assure l'infréquence relative de l'accident dans les néphrites.

Cette pathogénie va nous servir pour les indications thérapeutiques et pour le traitement.

## IV

Les indications thérapeutiques s'inspirent des trois faits suivants que l'étude pathogénique nous a enseignés :

1° Enorme hypertension pulmonaire, affaiblissement subit ou rapide de l'organe compensateur, du ventricule droit vaincu par cette hypertension (élément *mécanique*) ;

2° Troubles de l'innervation cardio-pulmonaire (élément *nerveux*) ;

3° Imperméabilité rénale très fréquente avec intoxication consécutive de l'organisme (élément *toxique*).

*a*) Que pouvons-nous *directement*, sur le ventricule droit ? Rien ou presque rien, et la digitale n'aurait pas le temps d'agir dans une affection qui procède si brusquement. Or, la meilleure manière de fortifier le cœur, c'est d'abord de diminuer son travail. Pour remplir cette dernière indication, une médication d'urgence s'impose aussitôt : une large saignée générale de 300 à 400 grammes avec des saignées locales (ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, sur la région du foie et sur les reins, avec application répétée de ventouses sèches dont on couvre le thorax, le tronc et les membres). Du même coup, vous soulagez, vous soutenez le cœur droit dans sa lutte, et vous abaissez la tension dans le domaine de l'artère pulmonaire. J'ai vu des malades revenir pour ainsi dire à la vie sous l'influence d'une large saignée faite en temps opportun.

Pour combattre le collapsus cardiaque, je recommande les injections de caféine, et surtout celles d'huile cam-

Digitized by Google

phrée, qui remplacent si avantageusement celles d'éther et que je voudrais voir plus souvent employées. (1)

*b*) Pour combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire, et surtout l'état parétique des bronches et du diaphragme qui apparaît le plus souvent à la seconde phase de la crise œdémateuse et qui est l'une des causes les plus puissantes de la terminaison fatale, on peut avoir recours aux préparations de strychnine, surtout en injections hypodermiques. Car, il faut agir résolument et rapidement, et l'une des conditions principales du succès de la thérapeutique, est de savoir surpasser le mal en vitesse.

Dans la première observation que j'ai rapportée en 1879, l'électrisation du nerf vague par les courants continus (que l'on devra toujours faire avec prudence), a produit pendant plusieurs jours d'assez bons effets ; c'est là une indication à laquelle on peut songer dans les cas graves et à répétition. Mais pour prévenir ces troubles d'innervation, il faut combattre la périaortite par des cautérisations à la région sterno-costale, et aussi par l'application de cautères et de ventouses scarifiées à ce niveau.

*c*) En Allemagne, on a une tendance à employer l'atropine, en s'appuyant sur les expériences de Grossmann, qui ont établi une sorte d'antagonisme entre cette substance et la muscarine, laquelle détermine promptement chez les animaux la production d'un œdème pulmonaire efficacement combattu, paraît-il, par l'atropine. Malheureusement, ce ne sont là que des idées théoriques, et l'antagonisme physiologique n'a jamais été synonyme d'antagonisme thérapeutique. J'ai répété autrefois à l'hôpital Bichat ces expériences sur les animaux, et cela avec un succès très relatif; j'ai prescrit l'atropine à des malades atteints d'œdème aigu du poumon, et je suis arrivé à des résultats presque négatifs, même défavorables, puisque j'arrivais à supprimer ou à diminuer les urines dans une maladie où la diurèse s'abaisse si rapidement et doit être maintenue à son taux normal.

Ne fondons pas trop d'espérances sur ces *apparents* antagonismes thérapeutiques, et si, par exemple, la morphine et l'atropine ont une action très différente sur la pupille, n'oublions pas que toutes deux se rencontrent dans la production de quelques accidents identiques, et qu'elles ont une action presque semblable sur l'excrétion urinaire qu'elles diminuent. Donc, l'atropine est contre-indiquée dans le traitement de l'œdème aigu du poumon, et il en est de même de la morphine, *inutile* parce qu'elle ne peut rien contre l'état cardioplégique et contre l'œdème pulmonaire, *dangereuse* parce qu'elle contribue à accentuer les phénomènes de parésie broncho-pulmonaire, et qu'elle entrave la diurèse.

Car, le maintien de la diurèse par le régime lacté exclusif, par la théobromine à la dose de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, est une indication thérapeutique des plus importantes contre une complication redoutable provoquée souvent par l'intoxication de l'organisme. C'est pour cela, que les vésicatoires sont absolument contre-indiqués, parce qu'ils pourraient contribuer pour leur part à augmenter l'insuffisance rénale.

L'œdème aigu du poumon survient le plus souvent chez des artério-scléreux, des aortiques, des cardio-artériels, c'est-à-dire chez des malades auxquels on prescrit — parfois avec abus, il faut bien le dire — la médication iodurée. Or, celle-ci est capable à elle seule de déterminer des œdèmes, et j'ai cité autrefois, l'exemple d'un œdème pulmonaire qui est survenu rapidement après l'administration quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium, chez un malade atteint d'anévrysme aortique. Ici, la médication devenait la complice de la maladie.

Par conséquent, dans toutes les affections que je viens d'énumérer, lorsqu'on voit survenir des poussées œdémateuses aiguës ou subaiguës dans un point de la poitrine, ce sont là autant d'avertissements pour instituer une thérapeutique prompte et énergique, et pour cesser immédiatement les médications contraires.

## V

En résumé, messieurs, il s'agit d'une complication redoutable que l'on peut prévoir et prévenir dans certains cas, il s'agit d'un accident intéressant par sa soudaineté, par les erreurs de diagnostic qu'il fait commettre; car on le confond trop souvent : avec une syncope, surtout lorsque l'on a affaire à la forme foudroyante avec asphyxie blanche; avec un accès de sténocardie, surtout lorsque les malades sont en même temps angineux, par le fait de leur lésion aortique; avec un simple accès d'asthme, quand la dyspnée dite aortique, devenant paroxystique, prend le masque pseudo-asthmatique; avec la dyspnée toxi-alimentaire, avec la dyspnée urémique *sine materia*, avec la congestion pulmonaire, ou même encore avec une attaque d'asystolie aiguë. Erreurs graves, puisque, si l'on croit à une syncope, si l'on croît à un accès angineux, si l'on croit à une crise asthmatique, l'idée ne viendra pas de pratiquer immédiatement une saignée générale et copieuse, capable de sauver un malade d'une mort presque certaine.

Il n'y a pas de syncope, puisque le cœur continue à battre et qu'il bat follement. Il n'y a pas d'angine de poitrine, puisque le malade est surtout dyspnéique, et l'angine de poitrine est plutôt un accident d'endoaortite, tandis que l'œdème aigu du poumon est souvent la conséquence de la périaortite; la sténocardie n'est pas une « dyspnée douloureuse », la sténocardie à forme asphyxiante,

(1) Voici la formule de ces injections hypodermiques :

| | |
|---|---|
| Huile d'olive stérilisée..... | 40 grammes. |
| Camphre..... | 10 — |

Injecter trois ou quatre seringues de Pravaz par jour ; ces injections qui produisent les mêmes effets que les injections d'éther, ne sont pas douloureuses.

Digitized by Google

admise par quelques auteurs, n'existe pas, ou si elle existe, c'est parce que les aortiques peuvent avoir à la fois de l'angine de poitrine par coronarite, de la dyspnée toxique alimentaire par insuffisance rénale, des poussées œdémateuses aiguës du poumon par périaortite. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, ou l'élément congestif est simplement surajouté à la poussée œdémateuse; la dyspnée simplement urémique n'évolue pas avec cette soudaineté, et l'asystolie aiguë, quand elle survient, n'est qu'un phénomène secondaire.

Si j'insiste sur ce diagnostic, c'est parce que la thérapeutique et la guérison lui sont entièrement subordonnées; c'est parce qu'il y a souvent des aortites et des néphrites latentes qui peuvent entrer brutalement en scène par un œdème aigu du poumon; c'est parce que chez un goutteux, par exemple, on peut avoir une tendance à rattacher cet accident à la goutte seule, à une sorte de manifestation métastatique, et que la thérapeutique peut ainsi errer dans une fausse voie. Or, souvent (je ne dirai pas toujours) chez les goutteux présentant brusquement ces phénomènes jusqu'alors inexpliqués ou mal expliqués de poussées congestives ou œdémateuses, cherchez et vous trouverez une aortite ne se manifestant souvent que par le seul retentissement clangoreux du second bruit à droite du sternum, ou encore une de ces néphrites artérielles évoluant silencieusement sans hydropisies, avec quelques traces d'albumine qui peuvent même faire défaut. Chez ces malades, le traitement de la goutte ne fait rien; le traitement de la cause fait tout.

Si j'insiste enfin sur ces faits, c'est parce qu'il s'agit d'un de ces accidents au sujet desquels l'issue favorable dépend souvent de la promptitude de l'action thérapeutique. L'inondation œdémateuse, dans la forme suraiguë, détruit tout sur son passage : les cloisons alvéolaires se rompent, quelques lambeaux de l'endothélium se détachent, et les capillaires sont comprimés d'une façon presque complète. C'est là une double dyspnée, par défaut d'air et par défaut de sang, et le danger est de tous les instants, parce que l'œdème aigu peut conduire etéquivaloir, par ses conséquences, à la suppression de l'alvéole pulmonaire. Hé bien, dans ces cas si graves, en apparence comme en réalité, une décision prompte, énergique, urgente s'impose : il faut ouvrir aussitôt largement la veine, sans crainte de la syncope et malgré l'aspect blafard du malade; car, ce n'est pas la syncope qui le menace, c'est l'asphyxie, comme dans certains accidents gravido-cardiaques.

Voilà un pas de plus vers la réhabilitation de la saignée.

Tels sont les faits, messieurs; ils m'ont semblé dignes d'attirer votre attention bienveillante, et comme il arrive toujours lorsque l'on met un peu en lumière quelques notions oubliées ou méconnues, je ne serais pas étonné que leur relation éveillât dans vos esprits le souvenir de semblables observations. Les vôtres permettront, sans doute, de fixer, mieux que j'ai pu le faire, une importante question de clinique et de thérapeutique médicales (1).

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile

Laurier cerise (eau). — Sédatif.

| | |
|---|---|
| De 0 à 3 ans | Abstention. |
| De 3 à 5 ans | 2 à 5 grammes par jour |
| De 5 à 10 ans | 5 à 10 — — |

Magnésie calcinée. — Antiacide, laxatif.

| | |
|---|---|
| De 0 à 15 mois | 1 à 2 grammes par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 2 à 3 — — |
| De 3 à 5 ans | 3 à 4 — — |
| De 5 à 10 ans | 4 à 5 — — |

Quinine. — Le sulfate de quinine a été longtemps le sel de quinine le plus employé en raison de sa stabilité et de sa richesse en quinine (71 0/0); mais il n'est soluble que dans 750 parties d'eau. Les chlorhydrates de quinine sont plus solubles; on en utilise trois : 1° le monochlorhydrate de quinine (chlorhydrate basique), soluble dans 25 fois son poids d'eau et renfermant 81,71 de quinine 0/0; 2° le bichlorhydrate de quinine (chlorhydrate neutre), soluble dans deux fois son poids d'eau et renfermant 89,9 de quinine 0/0, est le plus usité; 3° le chlorhydro-sulfate de quinine, soluble dans son poids d'eau, renferme 74,2 de quinine 0/0. — Ce sel est peu stable.

Les sels de quinine se prescrivent aux doses suivantes :

| | |
|---|---|
| De 0 à 1 an | 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour |
| De 1 à 2 ans | 0 — 10 à 0 — 20 — |
| De 2 à 3 ans | 0 — 15 à 0 — 25 — |
| De 3 à 4 ans | 0 — 20 à 0 — 30 — |
| De 4 à 7 ans | 0 — 25 à 0 — 40 — |
| De 7 à 10 ans | 0 — 30 à 0 — 60 — |

Pour faire prendre le sulfate de quinine par la bouche, il faut le mêler à de la confiture ou à du miel, ou à du jus de réglisse, à moins que l'enfant ne soit assez âgé pour pouvoir l'absorber en pilules ou en cachets. Le bichlorhydrate de quinine étant très soluble, est plus facile à manier.

| | |
|---|---|
| Potion : Eau distillée | 30 grammes |
| Extrait de réglisse | 3 — |
| Sirop de mûres | 10 — |
| Bichlorhydrate neutre de quinine | 0 gr. 10 à 0 gr. 40 |

Injection hypodermique :

| | |
|---|---|
| Bichlorhydrate neutre de quinine | 2 gr. 50 |
| Eau distillée | 10 grammes |

Un centimètre cube renferme 0 gr. 25 de bichlorhydrate de quinine.

*Lavement* (doublez les doses) :

| | |
|---|---|
| Bichlorhydrate de quinine | 0 gr. 30 |
| Infusion de camomille tiède | 60 — |
| Laudanum de Sydenham | 1/2 goutte |

*Suppositoire :*

| | |
|---|---|
| Bichlorhydrate de quinine | 0 gr. 30 |
| Beurre de cacao | 2 — |

(1) Communication à l'Académie de médecine (Séance du 27 avril 1897).

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**La sauge comme agent antisudoral.** — L'emploi de la sauge officinale (*salvia officinalis*) remonte à la plus haute antiquité. Dioscorides Polonius s'en servait sous forme de vin. Huit onces de feuille de sauge pour une amphose de vin cuit. Administrée de cette manière, la sauge, selon lui, calmait les peines des malades, purifiait le sang, guérissait les abcès, les plaies de mauvaise nature et régularisait les règles. Charlemagne en 812 dans ses capitulaires, fait mention de la sauge et recommande son usage; mais c'est van Swieten et Sydenham qui eurent les premiers l'occasion de remarquer l'action de la sauge contre les sueurs profuses des convalescents de maladies aigues et aussi contre les sueurs des phtisiques. Van Swieten la recommande également dans les galactorrhées qui persistent après l'allaitement et amènent le plus souvent chez les femmes une véritable fièvre hectique. Après être tombée dans le plus profond oubli, elle est à nouveau vantée par Trousseau et Pidoux, puis par Max Krahn (*th. Greifswald*, 1896). Ce dernier confirme les assertions de Trousseau; ayant pris successivement des doses croissantes de teinture, il s'est plaint de sueurs abondantes, de chaleur, de sécheresse dans la bouche, de soif intense. Le goût du travail n'existait plus du tout, c'était une torture que le travail intellectuel après l'ingestion d'une assez forte dose. Le pouls avait augmenté de rapidité. Les battements du cœur étaient plus fortement frappés. Il a eu aussi des sensations de vertige et même des hallucinations.

L'action de la sauge sur le système nerveux a été vérifiée expérimentalement par Cadéac et Albin Meunier. Ils rangent la sauge au nombre des substances épileptisantes au même titre que l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil, elle est deux fois plus active que l'absinthe. Comme épileptisant, elle agit sur la bulbe, car l'ablation des hémisphères cérébraux chez les animaux en expérience n'empêche pas l'accès épileptique de se produire; si l'on sectionne la moelle au-dessous du bulbe, seuls les muscles de la face se contractent. On peut dire que l'explosion convulsive est exclusivement d'origine bulbaire, la moelle ne fait que la propager. Le pouvoir toxique de la sauge est également considérable.

C'est Krahn qui a montré le premier l'action antisudorale de la sauge. Dans 38 cas où il eut recours à son emploi, principalement dans la phtisie, le rhumatisme articulaire et la lencémie; il n'eut à enregistrer que deux insuccès. La forme pharmaceutique à utiliser est la teinture à la dose de XX gouttes le matin et de XX à XXXX gouttes le soir, suivant la durée et l'intensité des sueurs nocturnes.

Combemale (de Lille), vient à nouveau de vanter cette teinture de sauge, et les résultats auxquels il est arrivé sont consignés dans la thèse d'un de ses élèves Meurisse. Nous-même avons employé depuis quelque temps, dans le service de M. Huchard à Necker, la teinture de sauge contre les sueurs nocturnes des phtisiques, et nous nous associons pleinement aux conclusions de Meurisse à savoir que l'effet de la sauge se fait sentir rapidement : deux heures environ après l'ingestion du médicament; que le bénéfice de cette action se conserve quelques jours après la suppression de la sauge.

Malgré la toxicité de l'essence de sauge, et son pouvoir épileptogène, les doses administrées n'occasionnent pas le moindre malaise. — M. Deguy.

## MÉDECINE

**Phénomènes pathologiques déterminés par les gaz de l'estomac chez les hystériques.** — Chez les hystériques, on peut observer, en dehors de tout trouble gastrique et de tout processus de fermentations, des phénomènes particuliers, déterminés par la présence de gaz, que ceux-ci soient rejetés ou accumulés dans l'estomac. Ces phénomènes sont l'éructation simple, l'aérophagie et la tympanite. Les hystériques (Vauthey : *Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique*) ont parfois, à intervalles plus ou moins longs, des sortes d'accès d'éructations, d'intensité et de durée variables, apparaissant à tout moment de la journée ou de la nuit, indépendamment de l'alimentation et des repas, se reproduisant soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause provocatrice variable, cessant enfin brusquement. L'intensité et la durée des accès sont variables, tantôt on constate une éructation simple ou une série de quelques éructations, tantôt, ce sont de véritables accès pouvant durer une heure ou plus. Dans le premier cas, le malade émet des gaz inodores et sans aucune saveur; l'éructation se fait subitement, sans troubles prémonitoires et sans aucun symptôme pénible pour le malade; un accès de colère, une frayeur vive, la pression du doigt en certains points du tégument, provoquent son apparition; il semble que, dans ce cas particulier d'éructations très nombreuses et peu abondantes, les causes provocatrices ont déterminé un ou plusieurs spasmes de la tunique musculaire de l'estomac, spasmes qui ont chassé brusquement, par l'œsophage et la bouche, tout ou partie du mélange gazeux contenu physiologiquement dans l'estomac.

Dans d'autres cas, les éructations apparaissent sous forme d'accès d'une durée plus longue; les éructations se succèdent tantôt à intervalles relativement éloignés, tantôt à intervalles très courts; elles surviennent sans efforts, sans douleurs, sans troubles digestifs. Nombre d'auteurs ont admis l'origine vasculaire de ces gaz; il y aurait

Digitized by Google

exhalation ou sécrétion des gaz à la surface de la muqueuse, ou bien osmose gazeuse ; Bouveret n'admet pas cette opinion et affirme qu'à coup sûr, ces gaz ne sont pas sécrétés par la muqueuse gastrique ; ce ne sont pas autre chose que de l'air atmosphérique légèrement modifié par la respiration pulmonaire ou par un contact peu prolongé avec les tissus vivants. La pénétration de l'air dans la cavité gastrique se fait de plusieurs façons dont une des plus intéressantes est la déglutition involontaire. L'aérophagie hystérique a été étudiée en détail par Bouveret qui a décrit les différentes phases et expliqué la pathogénie de ce phénomène. L'air dégluti peut s'accumuler momentanément dans l'estomac, mais, dans la plupart des cas, il est aussitôt rejeté, l'éructation suivant immédiatement la déglutition. Chacune des éructations peut se décomposer en deux bruits séparés par un très faible intervalle ; le premier très court, bref, le second plus prolongé et dû manifestement aux vibrations de l'extrémité supérieure de l'œsophage et du voile du palais ; ce dernier est le bruit de l'éructation simple. Au moment où se produit le premier bruit, la bouche est fermée, et il y a ascension brusque du larynx ; en même temps, l'oreille placée sur la région stomacale perçoit souvent une ou plusieurs petites bulles, éclatant dans la cavité gastrique avec un timbre amphorique ; c'est la preuve de la déglutition de l'air. Puis, le deuxième bruit se fait entendre, celui de l'éructation qui rejette l'air ingéré. Ces phénomènes se succèdent sous forme d'accès, ils cessent pendant le sommeil. Différents moyens peuvent en empêcher la production ; par exemple, l'ouverture large de la bouche, l'interposition d'un objet quelconque entre les arcades dentaires, la compression du larynx à l'aide d'une cravate médiocrement serrée (Piorry) ; le fait seul de déprimer fortement le larynx.

Fréquemment, l'air dégluti n'est pas emporté jusque dans l'estomac, l'air a passé seulement jusque dans l'œsophage, d'où il a été rejeté. On pourrait donc distinguer une éructation œsophagienne et une éructation stomacale ; mais, en clinique, le phénomène est absolument la même. La tympanite est le phénomène qui se produit quand il y a distension gazeuse du tube digestif, à tel point que l'abdomen résonne à la percussion comme un tambour, cette tympanite peut se localiser à l'intestin ou à l'estomac ; tantôt elle constitue un phénomène absolument bénin, existant à l'état passager, d'autres fois existant à l'état permanent, avec des périodes d'augmentation et de diminution. La distension stomacale peut produire, par compression des organes voisins, des phénomènes douloureux. Il peut y avoir des rémissions périodiques, décrites par Diday sous le nom de *pneumatose gastrique périodique*. La tympanite est parfois permanente, s'établit brusquement, et disparaît parfois sans cause appréciable ; « le météorisme, dit Landouzy, disparaît sans l'émission d'aucun gaz, ni par le haut, ni par le bas, bien qu'il ait été porté assez loin parfois pour simuler une grossesse au neuvième mois. » La tympanite hystérique paraît due à un relâchement musculaire subit, à une paralysie d'origine névrosique, que suit immédiatement la distension provoquée par la dilatation normale des gaz ; il n'y a pas de fermentation gazeuse non plus d'ailleurs que d'exhalation vasculaire. En ce qui concerne le traitement des phénomènes gazeux chez les hystériques, la principale indication est de traiter la maladie causale, la névrose. Le moyen préconisé contre la tympanite, à savoir l'anesthésie, l'électrisation, l'application d'aimants, la sangle hypogastrique réussissent parfois, mais n'ont, dans d'autres cas, aucun résultat. — M. D.

---

**L'insuffisance aortique sans souffle et la pseudo-insuffisance aortique.** — Dans l'insuffisance aortique, on peut constater cliniquement la disparition du souffle. Cette disparition peut être passagère : pendant que le malade est au repos, on ne constate pas de bruit morbide ; au moindre effort, il reparaît. Mais il y a des cas où son absence est définitive. M. Weismayer a observé les deux faits suivants : Un homme de 20 ans, ancien rhumatisant, est atteint depuis cinq ans d'insuffisance mitrale. En 1895 il rentra à l'hôpital, cyanosé, avec des battements veineux au cou, avec de l'œdème des jambes et des bourses. L'auscultation révèle un souffle systolique dû à l'insuffisance mitrale ; au foyer aortique, le deuxième bruit est accentué et nettement frappé (rein klappend). La position du malade ne modifie en rien les bruits du cœur. Le pouls radial est tendu, bondissant et dicrote ; le pouls capillaire est des plus nets, et on entend nettement les bruits artériels. Les vaisseaux ne sont pas athéromateux. A aucun moment on ne constata de souffle d'insuffisance aortique, lésion révélée par l'autopsie, à côté de l'insuffisance mitrale.

La deuxième observation est celle d'une domestique de 50 ans, sans rhumatismes dans ses antécédents, qui souffre depuis longtemps de palpitations. Depuis six mois elle a souvent des coliques, de la diarrhée, des vomissements ; ces symptômes et une émaciation excessive font soupçonner un cancer. Son pouls est bondissant, mais sa tension artérielle est très faible. Au cœur, on ne constate qu'un retentissement du deuxième bruit aortique. Elle succombe aux progrès de la cachexie. A l'autopsie, on trouve une insuffisance aortique et de la tuberculose des deux poumons. (*Zeitschrift f. klin. Med.*)

Il existe donc une insuffisance aortique vraie sans souffle diastolique. L'absence de ce phénomène est due le plus souvent à une réplétion incomplète de l'aorte, de par le fait d'une lésion mitrale, d'un rétrécissement aortique, d'anémie, d'hémorragie, etc. L'augmentation de la tension artérielle peut faire reparaître le souffle. Mais quand la tension artérielle est élevée, comme dans la première observation, et que le souffle manque, il faut admettre avec Leube, que la forme de l'ouverture entre les valvules

Digitized by Google

sigmoïdes donne une telle direction à l'ondée sanguine rétrograde qu'il ne se produit pas de remous, et par conséquent, pas de souffle. Cette explication peut s'adapter à la première observation.

D'un autre côté, il existe des observations avec des symptômes artériels absolument pareils à ceux qui accompagnent l'insuffisance aortique (pouls bondissant, pouls capillaire, souffles artériels, etc,, hypertrophie du ventricule gauche), et on ne constate pas de souffle au foyer aortique. A l'autopsie, les valvules sigmoïdes sont saines. Cette « pseudo-insuffisance aortique » (Litten) s'accompagne toujours d'athérome artériel considérable, et c'est la rigidité de parois aortiques qui permet à l'ondée sanguine de se propager avec force jusque dans les artères, les artérioles et les capillaires. où elle est perçue comme pouls bondissant, comme pouls capillaire, etc.

Le diagnostic entre l'insuffisance aortique sans souffle et la pseudo-insuffisance aortique n'est pas possible jusqu'à nouvel ordre. — Bd.

**Le souffle systolique de l'insuffisance mitrale et de l'insuffisance tricuspidienne.** — On admet généralement qu'un souffle orificiel du cœur présente le même timbre à tous les endroits où il est perçu. Cela n'est pas toujours vrai, comme le prouve l'observation suivante : une jeune fille de 17 ans atteinte d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, présentait à la pointe un souffle rude, de tonalité élevée avec un timbre musical; en dehors de la pointe, on entendait un souffle rapeux, sans timbre musical; vers le sternum, le souffle se dissociait en un souffle de tonalité basse, plus faible qu'à la pointe, et en un bruit musical indépendant. Ainsi dissociés, ces deux bruits se propageaient le long du bord sternal depuis la deuxième côte jusqu'à l'apophyse xyphoïde, avec un maximum d'intensité dans le 3e espace intercostal. Après un effort, le bruit musical pouvait être entendu jusque dans le deuxième espace intercostal droit. M. Heitler explique cette variabilité des bruits de la façon suivante : un souffle orificiel est le produit de plusieurs bruits qui se propagent d'une façon diverse, et non pas uniformément comme un son unique. (*Wiener Klin. Wochenschrift.*)

Les foyers d'intensité des bruits ne méritent pas autant d'importance qu'on leur en accorde pour la localisation des lésions. L'intensité d'un souffle de la pointe diminue à mesure qu'on s'écarte de son foyer; subitement, à un endroit éloigné, il peut redevenir très fort, par exemple au foyer aortique, à l'insertion de la 3e côte au sternum, sur le sternum lui-même; son intensité peut même y être plus grande qu'à la pointe même.

Le souffle de l'insuffisance mitrale a donc différents foyers : la pointe, le milieu entre la pointe et le sternum, le bord sternal gauche au niveau du deuxième au quatrième espace intercostal, rarement le foyer aortique ou la pointe du sternum.

Les zones de propagation dépendent à un haut degré de la force contractile du cœur.

Comment le souffle de l'insuffisance mitrale se distingue-t-il de celui de l'insuffisance tricuspidienne? Ce dernier est doux, humé, superficiel, plus bref et de tonalité plus élevée que le souffle mitral. Ces caractères s'expliquent par l'anatomie des valvules et par l'énergie moindre des contractions du ventricule droit. Quant à la localisation, le souffle tricuspidien s'entend sur tout le sternum jusqu'au niveau du premier espace intercostal, avec un maximum d'intensité entre la 3e et la 5e côte; il se propage un peu à droite du sternum (3 centimètres), davantage à gauche (3 à 6 centimètres). Ces caractères permettent en général assez facilement de différencier les souffles du premier temps. — Bd.

## CHIRURGIE

**Les névromes plexiformes.** — Sous ce nom, on désigne des tumeurs assez rares, souvent congénitales et datant de l'enfance, et dont le siège est surtout la tête et le cou. D'après M. Schwartz (1), sur le cou, la nuque est souvent atteinte; sur la tête, c'est la région palpébrale et les alentours des tempes, les régions frontale, pariétale, occipitale, la joue; sur le tronc, la région lombaire et dorsale, l'abdomen, le périnée, le scrotum, la verge. On a rencontré des névromes plexiformes sur les membres, et nous nous souvenons en avoir observé en 1892 un cas typique de la région crurale dans le service de M. Marchand, dont nous étions alors l'interne. En même temps que la tumeur, existent souvent de l'hydrocéphalie et de la débilité mentale.

Voici, en général, comment se présente la tumeur : il s'agit d'une masse à large implantation retombant comme un pli cutané épaissi, assez volumineux; dans le cas que nous avons observé, la masse avait donné à la cuisse un aspect éléphantiasique représentant assez bien un pli œdématié, énorme et ballottant, comme gélatineux, contrastant avec la maigreur avoisinante de la région crurale. Dans le cas d'Arnozan, la tumeur pendait du cou sur la poitrine, et son poids avait amené une luxation de l'atlas sur l'axis. Toute une moitié de la tête peut être envahie.

La peau peut ne pas changer d'aspect; elle est généralement rugueuse, se laissant détacher sous forme de plis; à la palpation, on sent une série de cordons durs, noueux, donnant la sensation d'un paquet de ficelle, d'un varicocèle; pas de souffle, ni de battements; quelquefois de l'anesthésie. Il n'y a pas de douleur la plupart du temps; la masse ne gêne que par son poids; quant à l'évolution, elle est très lente; notre malade portait sa tumeur depuis une quinzaine d'années; il en est ainsi dans la plupart des observations.

(1) *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. IV, Baillière, éditeur

Digitized by Google

Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit d'un néoplasme diffus, difficile à séparer des tissus sains, avec lesquels il n'existe pas de limite précise. Les cordons qui la composent s'enchevêtrent, s'anastomosent, se bifurquent, formant quelquefois des boules considérables, comme dans les cas de Czerny, Audry et Lacroix; ils sont enfermés dans des gaines celluleuses très dissécables.

Le névrome plexiforme est constitué par des tubes nerveux altérés — fibres de Remak, fibres à myéline ou sans myéline —, unis à du tissu conjonctif dégénéré, devenu fibreux. Pour certains auteurs, le tissu conjonctif nerveux serait le premier altéré, et ils proposent de changer le nom de névrome plexiforme contre celui de fibrome cylindrique de la gaine des nerfs. Quoi qu'il en soit, le nom que porte cette affection nous paraît n'être qu'une dénomination provisoire. Quant aux changements notés du côté de la peau, ce sont sans doute des troubles d'origine trophique.

Le diagnostic de ces tumeurs est extrêmement facile, dès lors qu'on a eu l'occasion d'en observer une; on ne pourrait penser qu'à un lymphangiome, une tumeur cirsoïde, qui toutes deux présentent des souffles. On doit songer également à l'éléphantiasis vrai qui en a l'aspect, mais ne donne pas la sensation de cordons noueux.

Le seul traitement est l'extirpation. Certaines tumeurs sont d'une étendue telle qu'il vaut mieux ne pas y toucher; mais l'opération étant résolue, il faut faire l'ablation la plus large possible, dépasser les limites du mal; il existe généralement assez de peau pour permettre de réunir directement les lèvres de la plaie; dans le cas contraire, on aurait recours à la greffe. — L. Flœrsheim.

## OBSTÉTRIQUE

**Les difficultés du diagnostic de la grossesse.** — Il est puéril de rappeler aujourd'hui combien l'assertion de Pajot est fausse lorsqu'il prétend que « l'obstétrique est la plus positive des sciences médicales ». Les causes d'erreur sont assurément fort nombreuses, et Pajot lui-même le reconnut plus tard, puisqu'il écrivit : « Je ferais un volume respectable, s'il me fallait raconter en détail l'histoire de tous les diagnostics erronés dont j'ai été le témoin dans une pratique seulement de trente années, et je ne parle pas des sages-femmes, mais des praticiens exerçant depuis plus ou moins longtemps, et quelquefois depuis fort longtemps. » Le professeur Pinard va plus loin : « La preuve sans réplique d'une grossesse, dit-il, c'est la naissance de l'enfant. »

Le diagnostic de la grossesse n'est en effet pas toujours facile, et nous chercherons à démontrer avec le docteur Dumoret, qui a consacré quelques pages à cette question, que les causes d'erreur se rencontrent fréquemment et semblent quelquefois s'accumuler devant le praticien comme intentionnellement.

1° Tout d'abord, les signes de la grossesse sont fort sujets à variation et leur ensemble n'autorise pas toujours l'affirmative. En effet : l'*absence des règles* existe dans l'aménorrhée, la chlorose, la tuberculose, la syphilis, les affections utérines, l'obésité, etc. On peut, inversement, observer les règles pendant toute la grossesse; des cas même ont été cités de femmes n'ayant été reglées que lorsqu'elles étaient enceintes. Les *troubles digestifs*, ni les changements survenant *du côté des seins*, n'ont rien de positif. Les *modifications du col utérin*, en particulier son ramollissement, se rencontrent dans une foule d'affections utérines, et si l'arrêt de la menstruation les accompagne, ce qui est loin d'être rare, l'erreur sera constituée de toutes pièces. Le *bruit du cœur fœtal*? Cause d'erreur également; l'exemple classique de l'accoucheur célèbre P. Dubois, qui crut l'entendre en un cas de fœtus mort depuis plusieurs jours et macéré en est une preuve évidente, et l'on sait, qu'en dehors de la grossesse, le *souffle dit utérin* peut être perçu dans toutes les tumeurs abdominales volumineuses. Enfin, le *ballottement vaginal et abdominal* a été constatée par Pajot en dehors d'une grossesse et Cazeaux pense qu'on peut le percevoir chez une femme non enceinte, ayant de l'antéflexion utérine, ou lors d'un calcul vésical reposant sur le bas-fond de l'organe. Si nous disons enfin que certains auteurs ont cru sentir dans des contractions intestinales, ou dans le soulèvement de tumeurs abdominales par de gros troncs artériels des mouvements analogues aux *mouvements actifs* du fœtus, on s'aperçoit que parmi tous les signes de la grossesse, il n'en est aucun qui ne puisse prêter à une méprise.

2° Que de fois la grossesse a été méconnue ou prise pour des tumeurs abdominales diverses!

Nous avons nous-même été, en quelques occasions, le témoin d'opérations telles que ponction utérine, hystérectomie vaginale, incision du cul-de-sac postérieur, qui ont été interrompues par la vision soudaine du véritable diagnostic ou se sont terminées par la sortie inopinée d'un fœtus. Dumoret rapporte, entre autres, l'observation classique de la Société de chirurgie. « Les chirurgiens les plus éminents de Paris réunis en aréopage diagnostiquent tumeur abdominale, font nombre de discours et dissertations; chacun expose sa méthode, l'un défend la voie vaginale, tel s'insurge et conclut à la voie abdominale. Sur ces entrefaites, un des membres de la docte assemblée conseille de faire examiner l'infortuné sujet par un accoucheur. Dubois l'examine, conclut à une grossesse normale et à une terminaison normale. C'est ce qui arriva. »

Les quatre principales affections pouvant en imposer pour une grossesse vraie sont : l'*ascite*, les *kystes de l'ovaire*, les *fibromes utérins*, la *grossesse extra-utérine*.

Mauriceau a rapporté le cas d'une fille de 35 ans, faisant ostentation de sentiments religieux qui, examinée par plusieurs médecins, se fait traiter comme hydropique, et qui — ô stupéfaction! — accouche de deux enfants superbement bâtis. Les exemples de ce genre sont assez nombreux pour que nous n'insistions pas. Iversen, Spencer

Digitized by Google

Wells. Velpeau, Labbé, etc..., ont cité de nombreux exemples de grossesses prises pour des kystes de l'ovaire et *vice versa*. Quant à la difficulté du diagnostic des fibromes en certains cas, elle est tellement commune qu'il est banal de le rappeler. La grossesse extra-utérine surtout a été la cause d'erreurs, même de la part des accoucheurs de profession ; Dumoret cite un cas typique de ce genre, se rapportant à un accoucheur très réputé.

3° Enfin, les exemples sont nombreux, démontrant l'absence de grossesse, malgré l'affirmation de praticiens antérieurement appelés, et malgré l'affirmation de la femme qui se prétend infailliblement enceinte. Dans un cas de Metzlar, il s'agissait d'une tumeur imaginaire, due à une lordose pour laquelle on faillit faire une laparotomie. Plus souvent, il s'agit de ces *grossesses fantômes*, dans lesquelles la femme assure « avoir senti remuer quelque chose » et que le praticien a toutes les peines possibles de nier, bienheureux encore, s'il n'est pas publiquement traité d'ignorant !

De ceci, il résulte que le médecin ne saurait être trop prudent, lorsqu'il s'agit d'affirmer une grossesse, qui peut ne pas exister et que le chirurgien, devant une tumeur abdominale, ne saurait s'entourer de trop de signes de probabilité avant de se déterminer à une intervention opératoire. — L. Flörsheim.

## RHINOLOGIE

**De la nécessité d'examiner les fosses nasales dans certaines affections médicales.** — Il est de notion vulgaire que certaines affections des fosses nasales ou du pharynx supérieur agissent d'une façon fâcheuse sur les grandes fonctions de l'économie ; il n'est point besoin, pour que l'action se produise, que la maladie des voies aériennes supérieures, soit très marquée, se dénonce pour ainsi dire par la violence des symptômes qui lui sont propres. Aussi, dans les cas obscurs, faut-il chercher, scruter méthodiquement et de parti pris, les fosses nasales, pour s'assurer qu'il n'existe aucune lésion pouvant agir par voie réflexe sur les organes respiratoires.

Loin de nous la pensée d'étudier, dans ce court article, toutes les névroses qui sont sous la dépendance d'une altération ou d'un trouble fonctionnel de la muqueuse du nez; nous voulons seulement relater une observation qui rappellera aux praticiens la nécessité de chercher si la muqueuse nasale n'est pas le point de départ de certaines dyspnées lorsqu'un traitement médical sera resté sans succès : Mlle X..., 14 ans, a eu la scarlatine en 1894 ; en septembre 1895, sans cause appréciable, elle est prise toutes les nuits de crises d'étouffements qui durent de 15 à 20 minutes et que l'on combat par l'éther ou autres médicaments appropriés. Il survient deux crises par jour : la première apparaît une demi-heure à une heure après le coucher et la deuxième après son lever.

Elle a été soignée par sept médecins successifs pour des accès d'asthme qui n'ont été modifiés en rien par les divers traitements employés.

Nous voyons la malade au mois de septembre 1896, c'est-à-dire un an après le début des accidents ; l'examen ne révèle aucune lésion du larynx ou du pharynx, mais le cornet inférieur droit est tuméfié, rouge, vif, et présente une hypertrophie notable de son extrémité antérieure ; la jeune malade n'accuse aucun symptôme pouvant attirer l'attention spécialement sur les fosses nasales. Après cautérisation du tissu hypertrophié, nous conseillons les irrigations nasales avec de l'eau salée très chaude (45 à 50° centigrades). Sous l'influence de ce traitement, les accès de dyspnée diminuent considérablement de fréquence et d'intensité.

En octobre la malade contracta une bronchite qui dura trois semaines, et pendant laquelle les irrigations furent suspendues ; aussitôt les accès dyspnéiques reparaissent comme autrefois.

Dès la reprise du traitement, l'amélioration revient et les accès d'asthme reflexe finissent par cesser après un traitement local approprié.

Les cas analogues sont loin d'être rares et nous pourrions en citer bien d'autres, mais généralement la lésion nasale est très marquée, car souvent il s'agit de polypes muqueux qui obstruent plus ou moins complètement les fosses nasales et qui obligent le malade à dormir la bouche ouverte.

Lublinski a obtenu, sur 143 cas d'asthme, 27 guérisons, 13 améliorations et 103 insuccès ; Chiari, sur 46 cas, a eu 8 guérisons, 20 améliorations et 18 insuccès.

Le traitement local donnerait donc, à lui seul, une forte proportion de guérisons, dans des cas où l'affection paraît ressortir exclusivement de la médecine générale.

La conclusion à tirer de ces faits est que : dans tous les cas, l'examen de la poitrine doit être complété par celui des fosses nasales et du pharynx supérieur par la rhinoscopie postérieure ; s'il existe une lésion de ces cavités, il sera bon de traiter l'affection locale qui peut être la cause déterminante de la dyspnée à forme asthmatique ou striduleuse. — A. Courtade, *assistant du service rhino-laryngo-otologique de l'hôpital Lariboisière.*

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 4 mars 1897*

**L'appendicite.** — M. Dumontpallier. Dans sa précédente discussion sur l'appendicite, un membre de l'Académie est venu soutenir une théorie qu'il semble dangereux de laisser subsister. Il ne s'agit pas de la théorie du vase clos, ni de celle de la fistule borgne. M. Dieulafoy nie l'existence de la typhlite et de la périty phlite ; il nie l'éventualité d'une thérapeutique médicale dans la série des accidents appendiculaires. Cette opinion ne paraît

Digitized by Google

point être justifiée par le plus grand nombre des observations. Admettons, un instant, que la typhlite et la péritypblite soient de fausses conceptions, il n'en est pas moins vrai que la série des accidents auxquels elles correspondent existent. Or, ces divers groupes d'accidents étaient traités jadis par des procédés très simples (repos, révulsion locale, etc.), et n'en guérissaient pas moins très bien. Témoin la statistique que dresse en ce moment M. *Gaillard*, statistique qui a une réelle valeur à cause de son énorme richesse : elle porte sur des milliers de cas. Un relevé de 6740 cas ne donne que 8 0/0 de mortalité. Une statistique de l'armée allemande portant sur 2000 typhlites, n'accuse que 4 0/0. Enfin dans une autre statistique, sur 7213 cas, il y a un peu plus de 400 morts.

M. *Révilliod*, de Genève, sur 115 observations personnelles suivies longtemps, n'a constaté que 8 décès. Il considère comme mauvaise l'intervention à outrance; pour lui, opérer à froid n'aurait pas non plus une grande utilité, surtout si l'on songe que ce genre d'intervention peut laisser des crises douloureuses. M. Talamon, sur 80 cas, n'a vu que 8 morts. De là, il ne faut pas conclure que la chirurgie n'a pas un rôle utile dans l'appendicite ; mais il n'y a guère que dans le tiers des cas où l'on doit y avoir recours. Il est bien évident que, chaque fois qu'il y aura du pus ou que l'on soupçonnera sa présence dans le péritoine, que la poche soit enkystée ou non, on devra intervenir chirurgicalement. Mais à côté de ces cas, il y en a d'autres où les lésions sont peu graves, mais où l'état de nervosisme du sujet fait croire à des troubles profonds. C'est dans ces cas-là qu'il faudra avoir soin de ne point intervenir, et de n'employer que les vieux procédés thérapeutiques. Ce sera encore et surtout pour les simples lésions cœcales qu'il faudra se garder du traitement chirurgical et revenir aux soins médicaux.

**Perforation spontanée de l'estomac.** — M. Le Dentu.— Il s'agit de deux cas de perforations de l'estomac dans lesquels l'intervention chirurgicale a été pratiquée. Le premier opéré au bout de 4 jours n'a pas survécu. Pour le deuxième, l'intervention a eu lieu 26 heures après l'accident. La perforation siégeait sur la face antérieure de l'estomac au-dessous du foie. On n'a pu fermer la brèche. Seuls, le tamponnement et le drainage ont été pratiqués. Malgré l'époque tardive de l'intervention, le malade a guéri.

D'une manière générale, pour que ce genre d'intervention soit suivi de succès, il faut faire un prompt diagnostic et intervenir rapidement. Pour établir le diagnostic, il y a deux grands signes : la douleur vive avec lipotymie, la sonorité venant remplacer la matité hépatique. Mais, souvent, la douleur fait défaut, ou est peu franche et mal localisée ; bien souvent aussi la sonorité manque, surtout quand la perforation siège sur la face postérieure et s'ouvre dans l'arrière cavité des épiploons. Mais bon nombre d'autres symptômes secondaires, bien interprétés, peuvent fournir de précieux renseignements; par exemple : la coloration asphyxique précoce des extrémités, le refroidissement de la langue, etc. La limite du temps pendant lequel l'intervention a des chances de succès est assez courte. Dans 33 cas suivis de guérison, 23 fois l'intervention a été pratiquée dans les 10 heures. Voici plusieurs statistiques : celle de Mauclaire comprenant 45 observations avec 15 succès, et celle de Pariseur roulant sur 99 cas dont 66 morts et 33 guérisons.

**Traitement de l'ataxie par l'incurvation forcée de la colonne vertébrale.** M. Blondel rappelle qu'il a préconisé, il y a déjà deux ans, ce mode de traitement de l'ataxie. Sur cinq observations personnelles, deux seulement relatent de l'amélioration mais pas de guérison définitive. Il pense que l'incurvation forcée pourrait, chez certains ataxiques à tissu osseux friables, déterminer des effondrements de la colonne vertébrale.

MM. Linossier et Lannois : A propos de l'absorption cutanée, l'iode appliqué en badigeonnages sur la peau sèche est absorbé; très faiblement si le badigeonnage est abandonné à l'air libre, en plus grande quantité si la partie badigeonnée est recouverte d'une enveloppe imperméable. Dans ce dernier cas, près du tiers de l'iode passe dans l'urine, l'iodoforme et l'iodure d'éthyle passent aussi assez facilement.

Election de deux membres correspondants nationaux, 1re division. — Elus : MM. Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères).

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 30 avril 1897*

**Diagnostic de la perméabilité rénale.** — MM. Ch. Achard et J. Castaigne. Il y a longtemps qu'on a signalé la résistance qu'oppose le rein malade à l'élimination de certaines substances. Plusieurs fois même, l'idée a été émise d'en tirer parti pour le diagnostic, mais, jusqu'ici, ce moyen n'est pas entré dans la pratique. En employant le bleu de méthylène, nous croyons pouvoir formuler un procédé très simple et pratiquement applicable au diagnostic de la perméabilité rénale.

Ce procédé consiste à injecter 0 gr. 25 de bleu de méthylène, en solution stérilisée, sous la peau. La voie stomacale ne convient pas à cause des variations trop grandes de l'absorption digestive. Au moment de l'injection, le malade doit vider sa vessie, puis on recueille l'urine dans des verres séparés, à des intervalles réglés : une demi-heure, une heure, deux heures, trois heures, etc., pour apprécier la marche de l'élimination. La simple vue suffit, le plus souvent, pour indiquer la présence de la matière colorante. Cependant, si l'urine est très jaune ou contient très peu de bleu, la teinte reste douteuse et il est alors facile de la faire apparaître en agitant l'urine dans un tube avec du chloroforme; cette dernière substance entraîne au fond du tube la plus grande partie du bleu. On peut aussi doser la matière colorante au moyen de sa transformation en blanc de méthylène, à l'ébullition, lorsqu'on y ajoute une solution titrée de glycose.

Digitized by Google

Chez un sujet normal, le bleu existe déjà dans l'urine, en faible quantité, au bout d'une demi-heure; après une heure, la teinte bleue est très nette, puis elle atteint son maximum vers la troisième ou la quatrième heure, s'y maintient quelques heures et décroît ensuite pour disparaître complètement dans un délai qui varie de trente-cinq à cinquante heures en moyenne.

Chez les sujets dont les reins fonctionnent mal et sont moins perméables, l'apparition du bleu est retardée; elle n'a lieu qu'après la première heure. La durée de l'élimination est parfois prolongée pendant plusieurs jours; mais, dans d'autres cas, elle est au contraire abrégée, et il peut arriver que l'urine ne présente la teinte bleue que d'une façon passagère, ou même ne la présente jamais. Mais la durée de l'élimination et la quantité éliminée étant très variables, c est le retard de l'apparition du bleu dans l'urine qu'il faut surtout prendre en considération, parce que c'est l'élément le plus constant de l'épreuve.

De l'ensemble de 77 observations, nous pouvons conclure que ce retard de l'élimination du bleu indique un trouble de la perméabilité rénale, et fournit des renseignements utiles au diagnostic. Dans 22 cas vérifiés par l'autopsie, nous n'avons jamais trouvé le procédé en défaut. Dans les cas cliniques seulement, les résultats de l'épreuve ont paru en désaccord avec les symptômes. Deux fois, il y avait des signes d'affection rénale, bien que la perméabilité semblât normale, et, deux fois, il n'y avait pas d'indice de lésion rénale, bien que la perméabilité fût diminuée.

L'épreuve du bleu convient particulièrement pour le diagnostic du mal de Bright sans albuminurie; elle révèle les néphrites latentes des tuberculeux, comme nous avons pu le vérifier sept fois à l'autopsie. Elle fait discerner les néphrites sans albuminurie et les albuminuries sans néphrite. Elle peut être encore appliquée aux néphrites aiguës; nous avons vu, dans une broncho-pneumonie grave, l'épreuve du bleu, qui avait indiqué d'abord une perméabilité normale, accuser ensuite une diminution de cette perméabilité, or l'autopsie a confirmé l'existence d'une lésion aiguë des reins.

D'une façon générale, si le retard s'observe chez un sujet atteint de troubles chroniques, mais se trouvant, au moment de l'épreuve, dans son état de santé habituel, sans aucun incident aigu, il y a tout lieu de croire à l'existence d'une néphrite chronique. Si le retard s'observe chez un malade atteint d'une affection aiguë, il peut indiquer une néphrite, mais il peut aussi n'indiquer qu'un simple trouble, fonctionnel, passager, comme nous en avons observé deux exemples au cours de l'embarras gastrique et de la fièvre typhoïde. Il importe, par conséquent, surtout au cours d'un état aigu, de renouveler l'épreuve.

Cette épreuve a l'avantage de fournir un signe directement rénal, tandis que bien des signes de brightisme ne sont que des symptômes indirects, liés bien moins à la lésion rénale qu'aux lésions de l'appareil circulatoire, accompagnant habituellement la néphrite interstitielle. De plus, elle met en jeu la fonction du rein et donne des indications sur l'ensemble de cette fonction, non pas seulement, comme le font la recherche de l'albumine et des cylindres, sur une lésion dn rein parfois très limitée et incapable de troubler sensiblement la dépuration urinaire.

**Pyo-pneumothorax gangréneux chez un enfant, pleurotomie, guérison.** — M. Comby. Il s'agit d'un enfant de 11 ans, vigoureux, qui fut pris brusquement en novembre d'une fièvre vive, avec point de côté gauche, orthopnée et prostration; on constata les signes d'une pleurésie avec épanchement à la base gauche. Trois jours après, le 4 novembre, pneumothorax avec refoulement du cœur à droite, état général très mauvais, hyperthermie, tachycardie. Le 9, une ponction aspiratrice donne issue à 500 gr. d'un pus très fétide. M. Comby fit alors une pleurotomie large, aussi bas que possible, sans résection costale, par laquelle sortit un flot de pus extrêmement fétide; lavages abondants de la cavité avec l'eau boriquée, puis drainage et pansement avec la gaze iodoformée. Les jours suivants, lavages de la plèvre avec le permanganate de potasse au 2/1000 puis au 1/1000, guérison en trois semaines sans incident notable.

Il s'agissait d'une pneumonie corticale avec gangrène, terminée par un pyo-pneumothorax. Cette observation montre que le pyo-pneumothorax gangréneux, malgré ses symptômes formidables, peut être guéri par une intervention hâtive et radicale.

M. Netter a examiné au point de vue bactériologique le pus de cette pleurésie, pus blanchâtre avec dépôt opalin; il y a trouvé diverses espèces de microbes, entre autres le steptotrix funiculi, qui lui paraît être l'agent de la putridité.

**Erosions hémorragiques de l'estomac chez une femme atteinte de cirrhose atrophique du foie et de varices œsophagiennes.** — M. Mathieu présente des pièces anatomiques provenant d'une femme souffrant de douleurs d'estomac et morte quelques jours après son entrée à l'hôpital, peu de temps après une hématémèse abondante. A l'autopsie on trouva une cirrhose atrophique du foie, des varices œsophagiennes et de petites érosions de la muqueuse gastrique, sans altération de la couche musculeuse sous-jacente. Il ne s'agissait donc pas d'un ulcère rénal, mais d'érosions de la muqueuse, dont il est impossible de fixer la pathogénie. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 5 mai 1897*

**De l'intervention dans les péritonites généralisées.** — M. Peyrot. S'il est vrai que l'intervention chirurgicale donne fréquemment des succès dans les péritonites localisées, il n'est pas moins exact qu'elle amène quelquefois des guérisons dans les péritonites généralisées; tels sont les deux exemples suivants. Un jeune homme de 19 ans,

Digitized by Google

vigoureux, est pris, le mercredi 20 novembre, de douleurs vives dans le ventre ; le lundi suivant apparaissent des vomissements verdâtres, les douleurs se généralisent dans tout l'abdomen. M. Peyrot voit ce malade le 26, diagnostique une péritonite généralisée, probablement par perforation de l'appendice cœcal et pratique d'abord une laparotomie latérale droite. L'appendice, perforé à sa base, est reséqué ; il baigne au milieu d'un pus séreux, odorant. Une nouvelle incision latérale est pratiquée à gauche de façon à nettoyer la fosse iliaque de ce côté ; grand lavage à l'eau bouillie, double drainage avec les tubes en caoutchouc, pas de suture, pansement avec la gaze stérilisée. Les jours suivants furent mauvais, le malade avait du délire, des vomissements ; mais, grâce aux injections de sérum de Hayem, de caféine, la diurèse persista, la situation s'améliora à partir du cinquième jour, et l'opéré finit par guérir.

Un homme de 33 ans est atteint le 9 janvier de douleurs abdominales que l'on attribua à des coliques hépatiques et reçoit pendant cinq jours des injections de morphine. Enfin le quatorzième jour, la péritonite semble tellement évidente que l'on appelle un chirurgien, M. Peyrot, qui l'opère le lendemain par une double incision iliaque et trouve l'abdomen rempli de pus. L'appendice, adhérent à l'intestin, ne peut être réséqué : double drainage, guérison. Il s'agissait dans ces deux cas de péritonites généralisées, puisque le pus baignait toutes les anses intestinales. Ces péritonites doivent être opérées dès qu'on les soupçonne, car elles existent toujours dans ce cas. La double incision latérale permet d'explorer plus aisément la cavité péritonéale et de la nettoyer.

M. Championnière ne voit comment on peut faire de diagnostic entre les péritonites généralisées et localisées ; cela n'est pas toujours facile, même après l'ouverture du ventre. L'essentiel est d'opérer le malade assez tôt pour avoir chance de le guérir.

M. Reynier ne nie pas la guérison spontanée ou par intervention de certaines péritonites généralisées, car tout est possible en pathologie ; mais il émet des doutes sur la réalité de la généralisation de ces péritonites, car le diagnostic précis de la généralisation de la péritonite lui semble impossible. Nous ne possédons, en effet, aucun signe précis de cette généralisation ; les symptômes étant les mêmes aussi bien dans la péritonite localisée que dans la généralisée ; et, comme preuves à l'appui, il cite des observations de malades ayant présenté tous les signes de péritonites généralisées, chez lesquels la laparotomie lui fit voir des abcès enkystés du péritoine.

Même lorsque le ventre est ouvert, il n'est pas toujours possible de reconnaître l'étendue de la péritonite ; celle-ci peut être limitée à une certaine distance du champ opératoire par des adhérences que le chirurgien ne peut constater.

Quant à la mort dans la péritonite, elle peut survenir par infection, tout le monde est d'accord sur ce point ; mais elle peut survenir aussi par le fait de troubles cardiaques. La physiologie nous enseigne, en effet, que les réflexes péritonéaux exagérés peuvent déterminer l'arrêt du cœur, surtout lorsqu'il est atteint de dégénérescence graisseuse ; d'où ce précepte de ne point malaxer les intestins dans un foyer de péritonite. Cette mort est précoce et a lieu avant le 9e jour ; à partir de cette période, elle est due à l'infection. Les injections sous-cutanées de caféine, de sérum artificiel permettent au cœur de résister et à l'économie de se défendre contre les poisons péritonéaux. On ne doit donc pas les négliger dans la thérapeutique.

M. Quenu rapporte un cas de luxation sous-scaphoïdienne incomplète en dedans ; résection du scaphoïde, guérison. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons de clinique médicale** (3e série, 1er et 2e fascicule, 1896-1897), par J. Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier (1).

Le premier fascicule est consacré à l'étude des *diverses variétés cliniques de l'aphasie*, de *l'automatisme psychologique*, des *paralysies nucléaires des nerfs sacrés ;* le second fascicule. A celle de la *médication antiphlogistique et contrefluxionnaire*, de *la médication antiinfectieuse*, de la *sclérose multiple disséminée*. A ce dernier point de vue, le savant professeur de clinique me permettra une petite observation. Sous ce nom nouveau (sclérose multiple disséminée), il décrit des choses absolument distinctes : la diathèse fibreuse de Debove, les inflammations interstitielles polyviscérales de Bard, les scléroses dystrophiques de H. Martin, les scléroses d'origine artérielle de Lancereaux, Gull et Sutton, de Huchard et Weber. Je ne parle pas de la désignation de Letulle *(pansclérose)*, qui n'apprend rien, qui constate un fait sans en indiquer la nature.

Il nous semble que, pour l'éclaircissement de cette question, M. Grasset aurait dû étudier, dans autant de chapitres séparés, la « *sclérose multiple disséminée* », suivant qu'elle provient : 1° de l'inflammation interstitielle primitive des organes, comme Bard l'enseigne ; 2° de la « diathèse fibreuse », comme l'ont indiqué Debove et Letulle ; 3° de la sclérose artérielle, comme l'ont démontré quelques auteurs. Cette dernière n'est pas de nature inflammatoire, elle est un trouble de nutrition, tandis que les scléroses étudiées par Bard, par exemple, sont franchement et directement inflammatoires. Donc, il s'agit de deux états morbides absolument différents, et il n'y a pas là de question plus ou moins doctrinale à soutenir ou à défendre. Les deux états morbides doivent être séparés, sans aucun doute ; mais c'est une erreur de diviser les auteurs en deux camps opposés. Les scléroses *non inflammatoires* d'origine artérielle existent, ce qui est d'entière évidence ; les scléroses interstitielles *d'origine inflammatoire* doivent également exister, puisqu'elles ont été vues et contrôlées par des hommes de grande valeur. La discorde scientifique n'est donc qu'apparente. — H. Huchard.

**Traité de chirurgie clinique et opératoire**, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, avec la collaboration de MM Albarran, Arrou, Bitaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Picard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar ; 10 vol. in-8 de 800 pages chacun, illustrés de figures. — Prix de

(1) Un vol. grand in-8° de 308 pages. Montpellier 1896-1897.

Digitized by Google

chaque volume : 12 fr. Librairie Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le *quatrième volume*, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé; il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés.

Les *maladies chirurgicales des nerfs* (lésions traumatiques, névrites et tumeurs) *et des veines* (lésions traumatiques, varices et phlébite) sont traitées par notre collaborateur Schwartz, chirurgien de Cochin. Les lecteurs de ce journal connaissent suffisamment la façon magistrale dont notre distingué collaborateur traite les sujets qu'il aborde ; ils retrouveront dans ses articles du *Traité de Chirurgie* la concision du style et la précision des idées qu'ils sont habitués à trouver en lui

M. P. Delbet s'est chargé des *maladies chirurgicales des artères* (lésions traumatiques, maladies inflammatoires et anévrysmes) ; le chapitre des anévrysmes, qui comprend près de 200 pages, est tout particulièrement intéressant. Le nom de M. Delbet fait suffisamment autorité en la matière pour que nous croyions inutile d'insister davantage.

Les *affections du système lymphatique* ont été étudiées par M. Brodier, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Enfin M. Chipault, assistant de consultation chirurgicale à la Salpêtrière, s'est chargé des *maladies du crâne et de l'encéphale, du rachis et de la moelle.*

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de Chirurgie clinique et opératoire.* Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce quatrième volume. Les auteurs ont su échapper à cette tendance si fréquente à supposer connus et à passer sous silence les détails techniques relatifs aux appareils, aux interventions. Aussi croyons-nous faire œuvre utile en conseillant la lecture de ce quatrième volume aux praticiens, qui, certes, ne perdront pas le temps qu'ils y auront consacré.

**Etude médicale sur les ouvriers des houillères; leurs affections des voies respiratoires; anthracose et tuberculose**, par le Dr J. Oberthur, membre de la Société de l'industrie minérale.

Cette étude est divisée en deux parties : dans la première est décrit le milieu dans lequel vivent et travaillent les ouvriers houilleurs; dans la seconde, sont étudiées les affections respiratoires chez le houilleur, en particulier l'anthracose et la tuberculose. Ces deux chapitres sont du plus haut intérêt, et comme clinique et comme hygiène. D'après M. Oberthur, l'anthracose n'est qu'un signe d'identité professionnelle, ce n'est pas une maladie. En ce qui concerne la tuberculose, elle est rare chez le houilleur. Le travail de M. Oberthur est orné de planches nombreuses facilitant la compréhension du texte, c'est un travail consciencieux et très intéressant à lire.

**Gaz de l'estomac à l'état normal et pathologique. Fermentation stomacale et leurs gaz**, par le Dr Vauthey, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Un volume, chez A.-H. Storck, éditeur, à Lyon.

Dans cette étude consciencieuse et des plus intéressantes, M. le Dr Vauthey étudie les gaz stomacaux à l'état normal, puis les fermentations normales de l'estomac et les gaz auxquels elles donnent naissance ; il recherche aux dépens de quelles substances se font les fermentations anormales, quels sont les agents de ces fermentations et quelles sont les conditions favorables et défavorables à leur production.

M. Vauthey étudie ensuite dans quelles affections gastriques existent des fermentations anormales et quelles sont les déductions diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques qu'on peut en tirer.

Un chapitre des plus intéressants a trait aux troubles stomacaux chez les hystériques ; ce chapitre nous a vivement intéressé et nous en donnons, dans ce journal, un résumé qui pourra, croyons-nous, intéresser nos lecteurs (voir page 296). Nous avons lu avec plaisir le travail de M. Vauthey, c'est le meilleur éloge que nous puissions en faire.

## *THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINERALE*

### Schinznach-les-Bains

Près Bâle (Suisse)

Malgré son nom un peu rébarbatif, il s'agit d'une charmante station, à clientèle essentiellement *française*, et dont la renommée, trois fois séculaire, est due à des ressources thérapeutiques véritablement *hors ligne*. Sulfureuse, calcique et magnésienne, l'eau minérale de Schinznach est exceptionnellement riche en gaz (90 cc. d'hydrogène sulfuré et 38 cc. d'acide carbonique par litre), ce qui lui a permis, dès longtemps, de se spécialiser par son service d'inhalations sèches (*atmiatrie*) célèbre dans le monde entier.

Mais Schinznach n'est point seulement une station précieuse pour la cure des affections respiratoires. Le Dr Monin a mis en relief sa valeur, hors de pair, pour le traitement des dermatoses rebelles et surtout pour l'éradication progressive des états diathésiques : scrofulose, arthritis, syphilis ancienne, etc... Enfin, par l'addition *des eaux-mères le plus richement chlorurées*, on peut, maintenant, donner, dans la station, des bains et douches sulfureuses, salines dont l'action hématogène et névrosthénique est absolument incomparable.

Les registres de la station représentent une véritable livre d'or, où se trouvent consignées les cures, nombreuses et souvent imprévues, d'états morbides réfractaires à toutes médications. D'ailleurs, depuis longtemps déjà, le gouvernement helvétique dirige à Schinznach les enfants affectés de tuberculoses locales (lupus, mal de Pott, tumeurs blanches, etc...) et ce choix, éclairé par d'éclatantes guérisons annuelles, a constitué, peu à peu, la clientèle d'élite de la station argovienne si renommée.

Le confort matériel et les installations balnéaires sont, d'ailleurs, à la hauteur des ressources hydriatiques naturelles. Nos confrères désireux de s'en convaincre n'ont qu'à s'adresser au directeur, M. Amsler, à Schinznach (Suisse) qui s'empressera de leur envoyer les croquis et renseignements, imprimés ou manuscrits, du plus vif intérêt *pour eux et pour leurs malades*. Les indications capitales de Schinznach sont : les bronchites chroniques, les dermatoses, le rhumatisme chronique, la scrofulo-tuberculose à forme torpide, la syphilis, la neurasthénie et, en général, *les états constitutionnels réfractaires aux médications de l'officine.*

Dr Ph. Bernard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Anatomie pathologique

## La lésion de l'œdème aigu congestif du poumon

Par M. J. RENAUT, *membre associé de l'Académie de médecine, Professeur a la Faculté de médecine de Lyon.*

Dans sa remarquable communication du 27 avril dernier à l'Académie de médecine, M. Huchard a dégagé définitivement du groupe des œdèmes vulgaires du poumon, une forme d'œdème aigu toute particulière qui possède sa symptomatologie propre et diffère du tout au tout des autres œdèmes pulmonaires, lesquels ont pour caractéristique clinique de s'établir parfois très vite, mais cependant toujours d'une façon progressive.

Je veux dire à mon tour ce que je sais sur l'anatomie pathologique de cette forme d'œdème pulmonaire, la plus redoutable de toutes, parce qu'elle peut tuer un malade en quelques minutes ou en quelques heures. Il résultera de ma description cette notion que, tout aussi bien de par l'anatomie pathologique que de par la clinique, elle possède une individualité tranchée, supposant une pathogénie spéciale, indépendante au fond, comme je le montrerai un peu plus loin, du mal de Bright, tandis qu'elle ne semble pas l'être du tout des lésions artérielles ou tout au moins du système nerveux moteur artériel. A ce dernier point de vue, ma communication viendra à l'appui direct des vues de Huchard. Je ne la fais d'ailleurs que pour donner à sa magistrale description clinique son complément anatomo-pathologique.

J'ai observé le premier cas de ce que j'ai appelé depuis l'*œdème aigu congestif du poumon*, en 1874, dans le service de mon regretté maître Lorain, dont j'avais alors l'honneur d'être l'interne.

Il s'agissait d'un homme d'environ cinquante ans, couché depuis longtemps dans le service pour un rhumatisme chronique. Je spécifie ici nettement qu'il n'était pas albuminurique ni glycosurique ; j'ai son observation sous les yeux, et ce détail y est relevé. Il mourut en quelques heures avec les symptômes caractéristiques de l'œdème pulmonaire suraigu tel que le décrit Huchard (1). A l'autopsie, je rencontrai au milieu de lésions généralisées de l'œdème vulgaire et au centre du lobe inférieur du poumon droit, une lésion caractéristique et que je n'avais jamais observée jusque là. Elle avait le volume du poing fermé d'un enfant de dix à douze ans, et se dégradait sur sa marge pour passer à l'état d'une lésion d'œdème pulmonaire vulgaire, à apume ruisselante. Mais dans ses limites, le parenchyme du poumon avait pris la consistance d'une gelée légèrement violette, parcourue par des tractus blanchâtres réticulés. Ceux-ci répondaient aux parois alvéolaires et aux cloisons interlobulaires devenues complètement exangues par contre-pression. Le parenchyme pulmonaire était de son côté, au sein de la lésion, entièrement privé d'air ; tous les fragments tombaient au fond de l'eau comme des balles. Il exsudait, quand on cherchait à l'exprimer entre les doigts, difficilement un liquide d'un rose violacé sans aucun mélange d'air, albumineux, et ne renfermant pas de fibrinogène, car il n'était pas spontanément coagulable. Sous la plèvre, les lobules étaient séparés les uns des autres par de larges tractus d'apparence gélatineuse, tels qu'on les voit dans un poumon d'enfant qu'on a hydrotomisé.

Bref, l'examen de la pièce ne laissait aucun doute sur l'existence d'un énorme foyer d'œdème compact, obstruant absolument les alvéoles et qui, *développé subitement à la façon d'une lésion d'origine nerveuse*, avait été le point de départ de la généralisation du mouvement œdémateux, dans la totalité du poumon, sous une forme plus atténuée et reproduisant le type vulgaire. C'est pour cette raison, et aussi à cause de la constitution histologique de la lésion, que j'ai donné à celle-ci un nom particulier, celui *d'œdème pulmonaire aigu congestif*, afin de le distinguer des formes banales et communes de l'œdème pulmonaire aigu ou chronique.

Depuis lors, j'ai rencontré cette même lésion, toujours associée aux mêmes symptômes majeurs et répondant en outre à une histologie pathologique univoque, qui est la suivante :

Sur un fragment du poumon dont l'exsudat a été fixé en place net par l'alcool fort ou mieux absolu, on fait des coupes minces orientées perpendiculairement à la surface de la plèvre pour bien voir les lésions de celle-ci ; puis on les colore lentement sous la lamelle par le picrocarminate d'ammoniaque, après les avoir soigneusement traitées par l'eau sur la lame de verre. De cette façon, l'exsudat œdémateux se montre en place sans avoir subi de remaniement qui puisse tromper.

On voit que la lésion consiste en une énorme *inondation séreuse* des alvéoles pulmonaires dans toute l'étendue du point intéressé. Un coup de congestion diapédétique s'est produit de telle sorte que tous les alvéoles sont remplis et distendus sous pression par un liquide albumineux, mais dépourvu de fibrine totalement, tout comme celui d'une papule ortiée. Dans ce liquide, prennent place d'innombrables globules blancs presque sans aucun mélange de globules rouges (hormis en des points particuliers dont je parlerai un peu plus loin). Dans nombre d'alvéoles, ces globules blancs se touchent tous comme dans un exsudat de pneumonie franche. Et de suite, on reconnaît que l'irruption du liquide dans les alvéoles s'est faite sous pression, violemment, si bien que sur une multitude de points les cloisons interalvéolaires ont cédé et se sont rompues net, ordinairement en leur milieu. On voit ainsi de larges espaces remplis par l'exsudat surchargé de globules blancs, et au centre desquels viennent converger des

(1) Voy. l'observation résumée dans la thèse inaug. d'Honnorat (*Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque*. Lyon, 1887, p. 36).

Digitized by Google

pointes parfois plissées et chiffonnées, toutes répondant à ce qui reste des cloisons alvéolaires rompues.

L'endothélium alvéolaire a partout disparu dans les limites de l'œdème congestif. Il a été sans doute enlevé par l'irruption subite du liquide, et probablement balayé par lui, puis expulsé par la voie des bronchioles ; car on n'en trouve plus aucune trace sur les parois. Et toutes les cavités aériennes sont *emplies sous pression* par ce liquide, comme des mailles du tissu conjonctif par une boule d'œdème. Dans les limites de la lésion, pas une bulle d'air. Au sein de l'exsudat, une grande majorité de leucocytes actifs, migrateurs, petits, à noyaux multiformes, ceux du sang circulant. Çà et là, quelques grands phagocytes renfermant ordinairement déjà des grains de pigment noir.

En tant qu'appareil *aérophore*, le poumon est annulé partout où se poursuit l'œdème congestif : fait de toute importance et qui, avec le suivant, explique l'asphyxie foudroyante qu'on observe parfois alors.

En tant qu'appareil *hématophore*, le poumon est annulé d'une façon exactement parallèle dans toute l'étendue de la lésion. Pas un capillaire sanguin des parois alvéolaires ne reste perméable ; aucun ne renferme de globules rouges ; tous ont été aplatis et rendus imperméables par contrepression. Le liquide de l'œdème en est sorti d'un coup, avec tant d'abondance, de violence et sous une telle pression, qu'en prenant place dans les alvéoles, il les a distendus assez pour les rompre, et pour effacer du même coup la lumière des canaux vasculaires qui l'avaient lui-même fourni. Cet état exsangue est même poussé à un tel degré que, là où les cloisons interalvéolaires se sont rompues, il ne s'est point fait d'écoulement sanguin dans l'exsudat.

En revanche, les grosses veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées de globules rouges. Çà et là, une veinule pulmonaire a éclaté, distendant alors de sang pur un ou plusieurs alvéoles, toujours à la périphérie du lobule.

Enfin, sous la plèvre et sur les plans-côtés développables des lobules sous-pleuraux, les grands sacs lymphatiques qu'on ne voit que chez le nouveau-né (Grancher), cette fois-ci aussi larges que les lymphatiques péri-lobulaires du poumon d'un bœuf atteint de péripneumonie contagieuse, se montrent gorgés par le liquide de l'exsudat surchargé de globules blancs ; ils sont exactement comparables en cela aux lymphatiques cutanés de l'aire et du voisinage d'une papule ortiée (Poncet de Cluny).

C'est que l'« œdème aigu congestif » consiste bien, comme l'urticaire, en une vaste poussée de congestion, de transsudation et de diapédèse, comparable à celle qui accompagne la mise en jeu d'une glande obéissant au commandement des nerfs moteurs glandulaires. C'est là aussi une transsudation élective qui s'opère, non pas une inondation plasmatique entraînant le fibrinogène du sang comme dans la pneumonie lobaire. Ce sont là les caractères mêmes des poussées congestives intenses commandées par les nerfs moteurs vasculaires *vaso-dilatateurs actifs*. Ici donc, l'anatomie pathologique milite très fortement en faveur de la conception de Huchard, qui fait de l'œdème aigu la conséquence de *troubles de l'innervation cardio-pulmonaire* et d'une *augmentation considérable de la tension vasculaire* dans la petite circulation. L'*œdème aigu* de Huchard, et ce que j'appelle l'*œdème aigu congestif* étant une seule et même chose, on voit quelle est la portée d'une telle confirmation de sa théorie pathogénique, par l'anatomie pathologique faite un peu analytiquement.

M. Huchard ajoute à ces données la notion de la maladie artérielle, celle de l'aortite et de la périaortite. Il fait sa juste part à l'élément toxique qui, comme je l'ai moi-même dit, met, dès qu'il existe, le système vasculaire en instance et en imminence d'œdème. D'autre part, il n'admet pas une relation indispensable entre l'œdème aigu congestif et le brightisme, comme le voudrait Dieulafoy. Ici, nous rentrons dans la clinique ; mais toutefois à ce sujet je veux encore dire un mot.

J'ai observé de nombreux cas d'œdème aigu congestif, et, dès 1887, je traçais, dans la thèse d'Honnorat, sa symptomatologie sommaire en même temps que je faisais connaître son anatomie pathologique si personnelle. Or, j'ai relaté dans cette thèse deux observations.

Le premier malade (celui de Lorain), rhumatisant chronique, à artères dures, non seulement n'était pas albuminurique ; mais il n'était pas un brightique latent ; son rein fut examiné et il était sain.

La seconde malade, celle dont l'œdème aigu récidiva huit fois en douze ans, n'était pas albuminurique non plus. Elle est morte depuis d'une pneumonie, précédée de trois jours par un dernier coup d'œdème aigu congestif. C'était une arthritique vraie, fille d'un calculeux, mère d'un fils sujet à des coliques néphrétiques. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me bornerai à en ajouter un seul.

J'ai soigné depuis plusieurs années et suivi très attentivement un de mes amis : obèse, dyspeptique, sujet à des crises d'étouffements inexplicables, manifestement atteint de légère artério-sclérose, mais absolument indemne du côté des reins. L'analyse complète, avec coefficient d'oxydation, fut faite plusieurs fois. Le 2 mai 1897, à cinquante et un ans, il prend de son fils une scarlatine de toute gravité. Au sixième jour, avec à peine une trace d'albumine dans les urines, il est frappé d'anurie complète et celle-ci ne cède, au bout de cinquante-six heures, qu'à une injection de 500 grammes de sérum artificiel sous la peau. Aussitôt, tous les phénomènes menaçants se dissipent et il semble que la maladie aille entrer en convalescence. L'urine, émise de rechef largement, ne renferme plus que des traces infinitésimales d'albumine. Mais quarante-huit heures après, en quelques heures, il est tué par un coup terrible (réfractaire à la saignée qui fut faite de suite) d'œdème aigu congestif.

Cet homme était à mon sens, non pas un brightique

Digitized by Google

latent, mais un artériel, chez lequel le poison scarlatineux fit, les vaisseaux y étant prédisposés, deux coups d'œdème aigu congestif, le premier sur le rein, le second sur le poumon. Je crois, en résumé, que, si les brightiques interstitiels sont plus exposés que d autres à l'œdème congestif du poumon, c'est qu'ils réunissent mieux que d'autres les conditions essentielles de la production de celui-ci : artères dures, myocarde malade, système nerveux vivant sous un régime d'intoxication et susceptible de ce chef d'exercer des actions vaso-motrices aberrantes, parce qu'il ne vit plus et ne se nourrit plus normalement, et qu'il reçoit par contre à chaque instant des incitations anormales de la part des toxines retenues dans le sang et dans les tissus, et qui le sollicitent à des poussées diapédétiques vers les points faibles de son organisme (1).

# CLINIQUE MÉDICALE

## L'œdème pulmonaire et les crises vaso-motrices dans le tabes

Par M. Morel Lavallée, *médecin des hôpitaux*

L'intéressante communication que M. Huchard a faite, le 27 avril, à l'Académie, et la discussion qui s'en est suivie, ont mis en lumière l'influence des lésions artérielles diffuses dans la genèse de l'œdème aigu du poumon. Peut-être est-ce également par l'intermédiaire de l'artério-sclérose, si commune chez les ataxiques, que se produisent les « crises vasomotrices du tabes », sans négliger d'ailleurs le rôle considérable qui doit revenir ici au système nerveux.

Nous avons précisément soigné un tabétique qui a présenté sous nos yeux toute la série possible des troubles névro-vasculaires, depuis les « crises de froid » jusqu'à l'œdème brusque des membres inférieurs, alternant lui-même avec l'œdème pulmonaire aigu.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, ancien syphilitique, tabétique, chez qui les phénomènes ataxiques étaient longtemps restés limités aux membres inférieurs, sous forme d'*ataxie* motrice et de douleurs fulgurantes revenant par crises. Dans ces dernières années, les douleurs fulgurantes étaient toujours accompagnées d'une sensation intense de froid aux membres inférieurs, laquelle survécut aux crises douloureuses, puis s'accentua elle-même sous forme de crises qui devinrent ultérieurement quotidiennes. La morphine en injection qui, seule, calmait les douleurs fulgurantes, faisait également disparaître en quelques minutes cette sensation de froid, si bien que le malade en arriva à se faire des injections de morphine pour calmer les *crises de froid;* puis, tous les jours, pour calmer le froid continuel des jambes. Une injection d'un demi-centigramme de morphine a toujours suffi pour triompher de ce pénible refroidissement, perceptible du reste à la main du médecin.

Or, un jour (6 mars), ce malade se prit à expectorer des crachats mousseux, roses, puis rouges et adhérents, en même temps que l'on découvrait un foyer de congestion pulmonaire entouré d'une pluie de râles humides, les autres symptômes fonctionnels (dyspnée, etc.), étant d'ailleurs à peu près nuls. Pendant 48 heures, il n'y eut pas grand changement, puis le 10 mars (5e jour) apparut brusquement de l'œdème aux membres inférieurs, qui augmenta les jours suivants. L'urine, examinée par trois fois, n'offrait rien d'anormal; les artères périphériques étaient dures, l'aorte et les sigmoïdes n'avaient pas de lésion appréciable.

Les signes pulmonaires disparurent en 3 ou 4 jours, tandis que l'œdème des jambes persista jusqu'au 21 mars. Les 23 et 24, tout était terminé, quand le 30 mars se fit brusquement une « congestion » pulmonaire du côté gauche, limitée, et qui donna lieu uniquement à une abondante expectoration mousseuse, non colorée, peu adhérente. Puis, en 2 ou 3 jours, tout rentra dans l'ordre.

Il nous a paru intéressant de rapprocher ce fait de ceux qui ont été cités à l'Académie. Dans notre observation, la maladie avait spontanément réalisé le schéma de l'expérience bien connue de Ranvier (ligature du tronc veineux, puis section du tronc nerveux correspondant), puisque le malade était à la fois tabétique et artério-scléreux.

Les « crises œdémateuses » du tabes ne semblent pas fréquentes : pourtant mon confrère et ami le Dr Bélières m'a dit avoir observé chez un ataxique une « dizaine » de crises analogues, en l'espace de onze ans, œdème des membres inférieurs, du scrotum et de l'abdomen. Quant aux « crises de froid », je ne les ai observées que dans ce cas unique.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Traitement des prostatiques

Par le Dr S. Banzet, *ex-interne lauréat des hôpitaux*

Nous avons déjà eu l'occasion, ici même, de nous occuper de l'hygiène des prostatiques; nous avons vu qu'il est un certain nombre de précautions que ces malades doivent prendre, grâce auxquelles ils diminuent la congestion des organes pelviens ou l'empêchent de se produire, amoindrissant ainsi l'obstacle prostatique, et rendant un peu de tonicité à leur vessie.

Chez certains, prostatiques les prescriptions hygiéniques constituent à elles seules tout le traitement : point n'est besoin chez eux d'employer la sonde. Ces malades privilégiés sont les prostatiques non rétentionnistes ou très peu rétentionnistes, et non infectés, ceux qui n'en sont qu'à la période de congestion.

Dès que le prostatique cesse d'être un simple congestif et entre dans la phase de rétention, le médecin doit

(1) *Académie de médecine* (11 mai 1897).

Digitized by Google

recourir à un traitement plus actif et plus chirurgical; ce sont les principes de ce traitement que nous nous proposons d'étudier brièvement.

Les méthodes de thérapeutique chirurgicale des prostatiques pourraient être divisés en deux grands groupes : 1° méthodes de cure palliative, comprenant les procédés qui ont simplement pour but de parer aux accidents dus à la rétention, avec ou sans infection, sans prétendre à s'attaquer à la cause première de ces accidents.

2° Méthodes de cure radicale, ou soi-disant telles, cherchant, au contraire, à faire disparaître la cause de la maladie.

Les procédés qui rentrent dans ce deuxième groupe sont les prostatectomies et les opérations portant sur l'appareil séminal : résection des canaux déférents, castration. Nous les laisserons complètement de côté : ce ne sont, d'aucune façon, des procédés d'urgence, de nécessité, ce qui nous permet de n'en pas même discuter la valeur.

Nous aurons donc surtout à nous occuper du cathétérisme et de ses indications chez les prostatiques; nous verrons, en outre, à quels procédés d'urgence le médecin devra recourir dans les cas exceptionnels où la sonde ne suffit pas à parer aux accidents.

Il n'est peut-être pas inutile, avant de passer à cette étude, de rappeler ici quelles sont les sondes qu'il faut employer chez les prostatiques. La sonde molle en caoutchouc, dite sonde de Nélaton, peut servir dans bien des cas; c'est alors l'instrument de choix. Sa souplesse la rend mécaniquement absolument inoffensive, et, considération d'une certaine importance lorsqu'il s'agit de malades qui demandent des cathétérismes très fréquents, elle est d'une stérilisation beaucoup plus facile, et d'une durée beaucoup plus longue que les sondes en gomme. Mais il arrive souvent que ses qualités mêmes la rendent insuffisante : dans un urètre un peu dur, elle se laisse tasser et n'avance plus, trop molle pour transmettre à son bec la propulsion que lui imprime l'opérateur; si celui-ci insiste, elle se replie entre le méat et les doigts qui s'efforcent de la faire avancer. Rencontrant un obstacle dans la prostate, il peut arriver qu'elle s'enroule à ce niveau : tous les efforts seront insuffisants à la faire pénétrer dans la vessie. Dans ces différents cas, on employera la sonde en gomme dite à béquille, plus résistante sans être rigide, et à bec relevé à angle obtus sur le corps de la sonde; ces deux qualités lui permettent de surmonter des obstacles que n'avait pu vaincre la sonde molle, et, en même temps, sa souplesse en fait un instrument beaucoup moins dangereux que tout cathéter métallique. Ce dernier point demande à être précisé : nous ne voulons pas dire qu'avec la sonde béquille on ne puisse faire des fausses routes; rien n'est, au contraire, plus facile si l'on insiste et si l'on veut passer de force, alors qu'on est arrêté en chemin. Mais on n'en fera jamais si l'on n'oublie pas que, dans tout cathétérisme, la force est nuisible et doit être absolument proscrite; lorsqu'on est arrêté dans la prostate, il faut retirer un peu son instrument, changer la direction du bec, ou bien essayer d'une autre sonde, d'un calibre différent, un peu plus souple ou un peu plus résistante, à bec un peu plus relevé ou formant, au contraire, un angle plus considérable avec le corps. Mais, lorsqu'une sonde ne passe pas, il faut bien se garder de chercher à la faire passer quand même.

Il est assez fréquent que, chez les prostatiques, la sonde béquille conduite par une main même très experte ne puisse pénétrer dans la vessie. Grâce au mandrin métallique, la difficulté peut, presque toujours, être vaincue. Ce mandrin, coudé ou courbe, convenablement placé, et le pavillon de la sonde bien fixé sur le curseur, le bec de l'instrument est introduit jusqu'au voisinage de l'obstacle; là, tenant le mandrin de la main droite, et la sonde de la main gauche, on sépare le pavillon du curseur, et l'on pousse la sonde en avant en même temps que l'on retire le mandrin; d'autres préfèrent dégager simplement le pavillon en retirant le mandrin de 1 ou 2 centimètres, puis, maintenant solidement celui-ci immobile, pousser la sonde en avant. De quelque façon que l'on procède, par cette manœuvre on fait cheminer la sonde tout à fait au contact de la paroi supérieure de l'urètre, contre laquelle elle s'appuie d'une façon très exacte. Cette manœuvre, peu connue et peu employée des praticiens, est très simple, et réussit le plus souvent.

Voilà pour les instruments : conduits avec douceur, ils sont inoffensifs mécaniquement. Cela ne suffit pas, il faut que, pénétrant dans la vessie, ils n'y introduisent pas de germes infectieux. Nos sondes doivent donc, tout d'abord, être stériles.

Quels procédés de stérilisation employerons-nous?

Pour les sondes en caoutchouc la chose est très simple : aucun appareil spécial n'est nécessaire. La sonde, bien lavée extérieurement et intérieurement à l'eau savonneuse après chaque cathétérisme, sera soumise à une ébullition de quelques minutes qui la rendra, pratiquement au moins, aseptique. Ce procédé n'est malheureusement pas applicable aux sondes en gomme, 3 ou 4 ébullitions un peu prolongées les mettant hors d'usage. Elles résistent peut être un peu mieux à la chaleur sèche, et encore faut-il qu'elles soient de très bonne qualité pour cela. La méthode la plus pratique est la stérilisation par des gaz antiseptiques, l'acide sulfureux et le formol. L'acide sulfureux présente de grands inconvénients : il nécessite un appareil assez compliqué, et les manipulations doivent être faites dans un local où les gaz puissent se répandre sans inconvénient. On ne peut donc guère conseiller ce procédé aux praticiens qui n'ont pas à faire un usage très fréquent de leurs sondes. La stérilisation par le formol est infiniment plus simple, et, d'après les recherches récentes, elle paraît plus sûre que celle qui est obtenue par l'acide sulfureux. (Celle-ci semble être pratiquement suffisante). Janet a fait construire des étuves

Digitized by Google

à formol qui sont d'un emploi très pratique et sont peu coûteuses; on peut à la rigueur s'en improviser une : il suffit d'une boîte en bois ou en métal fermant bien (il n'est pas nécessaire que la fermeture soit absolument hermétique). Au fond de cette boîte, on place une pincée de trioxyméthylène, puis, au-dessus, on dispose côte à côte les sondes préalablement bien nettoyées, mais ne se touchant pas, sur un ou plusieurs châssis à claire-voie superposés, que, avec un peu d'ingéniosité, il serait facile d'improviser rapidement. Après 24 heures de séjour, la stérilisation est suffisante. Il est bon de savoir que les sondes qui ont été stérilisées par le formol déterminent par leur contact avec la muqueuse urétrale une cuisson toujours passagère, mais quelquefois assez vive; on évitera ce petit inconvénient en les essuyant, avant de s'en servir, avec un tampon d'ouate imprégné d'eau boriquée. Il est évident que les sondes ainsi stérilisées devront être gardées à l'abri de toute contamination ultérieure; le procédé le plus simple pour les conserver et les transporter est de les placer dans de grands tubes en verre fermés par un bouchon de caoutchouc, qu'il est facile de stériliser, par exemple en y laissant séjourner quelque temps une solution de sublimé à 1/1000e, après les avoir lavés à l'alcool ou à l'éther.

Si l'asepsie des sondes est absolument nécessaire, il va de soi que tout cathétérisme doit être conduit comme une véritable opération chirurgicale : l'opérateur se lavera soigneusement les mains, au savon et à la brosse d'abord, puis au sublimé, et fera, autant qu'il est possible, l'asepsie du champ opératoire : nettoyage du fourreau de la verge, du gland et surtout du méat avec un tampon imprégné de sublimé à 1/1000e, puis lavage abondant de l'urètre antérieur avec la seringue et une solution boriquée à 4 0/0; ce lavage sera fait avec force, ce sera une véritable douche destinée à agir surtout mécaniquement sur le méat et la fosse naviculaire qui sont les régions les plus infectées. La seringue dont nous nous servirons sera un instrument du type de celle de M. le professeur Guyon, facile à nettoyer, et que la conservation d'un peu de liquide antiseptique dans son intérieur suffira à maintenir pratiquement stérile. Les seringues en ébonite sont de mauvais instruments, qu'il faut absolument laisser de côté. Le corps lubrifiant dont on enduira la sonde avant de l'introduire dans l'urètre sera forcément un corps antiseptique, huile phénique, vaseline boriquée stérilisée, ou bien la pommade suivante imaginée par M. Guyon, et qui a l'avantage, en ne graissant pas les instruments, d'en rendre le nettoyage plus aisé :

| | |
|---|---|
| Poudre de savon..... | ãã 33 gr. |
| Glycérine..... | |
| Eau..... | |
| Phénol absolu (acide phénique neigeux) | 1 — |

A Paris il est facile de se procurer pommade ou vaseline dans des tubes analogues à ceux dans lesquels les peintres conservent les couleurs à l'huile ; ces tubes sont d'un usage très pratique.

Les mêmes précautions que le chirurgien doit prendre pour tout cathétérisme, il devra les recommander à son malade. Il devra donc lui apprendre à stériliser ses sondes, et, lorsqu'il est obligé de s'en servir hors de chez lui, à les transporter dans un récipient aseptique par exemple, boîte métallique stérilisée par le flambage sur une lampe à alcool, ou tube replié en U ou en O tel qu'on en trouve maintenant dans le commerce et rempli d'une solution antiseptique. On ne pourra parfois exiger chez ces derniers malades le lavage des mains et de l'urètre antérieur à chaque cathétérisme ; mais il faudra l'exiger chaque fois que ce sera possible, et leur faire envisager l'abstention de ces précautions comme une infraction à la règle qui ne devrait pas se renouveler trop souvent. Pourquoi, dira-t-on, s'il est possible de faire parfois les choses plus simplement, n'en serait-il pas ainsi toujours. Nous répondrons à cette question qu'il en est de l'antisepsie comme de bien des choses dans ce monde. Dans la pratique des voies urinaires l'asepsie absolue est un rêve qu'il est bien téméraire d'espérer voir jamais se réaliser ; nous ne pouvons, dans le cathétérisme courant, que faire de l'antisepsie tout à fait relative. Et pour obtenir un peu, il faut exiger beaucoup ; c'est déjà quelque chose, c'est même beaucoup, lorsqu'on ne peut supprimer toutes les chances d'infection, d'en réduire du moins notablement le nombre. Sans compter que, si les prostatiques qui se sondent régulièrement, qui vident leur vessie, peuvent parfaitement se porter avec une infection vésicale modérée, il est d'autres catégories de ces malades chez lesquels le terrain est tout prêt pour traduire l'infection par les accidents les plus redoutables ; chez ces derniers toutes les précautions antiseptiques doivent être prises avec la plus extrême minutie, car le cathétérisme des prostatiques est, dans les circonstances sur lesquelles nous aurons à revenir, une opération vraiment dangereuse. Cette considération seule suffit à justifier les détails un peu longs dans lesquels nous venons d'entrer.

Ces détails d'ailleurs nous permettront de passer rapidement sur plusieurs des points que nous avons maintenant à étudier.

Les malades chez lesquels nous aurons à intervenir chirurgicalement sont tous, nous l'avons dit, des rétentionnistes.

Nous pouvons les classer en deux grands groupes : 1° ceux dont la rétention ne va pas jusqu'à la distension de la vessie : ils gardent un résidu de 200 à 300 grammes en moyenne, caractérisant la rétention incomplète chronique sans distension vésicale ; 2° ceux qui sont distendus. Parmi ces derniers, il est important encore de distinguer deux catégories : d'une part, les malades atteints de distension récente, véritable rétention aiguë avec ou sans impossibilité complète d'uriner ; et d'autre part, les ma-

Digitized by Google

lades atteints de rétention incomplète chronique avec distension vésicale, les distendus anciens.

Prenons tout d'abord la première catégorie de malades, ceux qui, présentant les mêmes troubles fonctionnels, mais à un degré plus accentué, que les simples congestifs, ont un résidu vésical de 200 à 300 grammes en moyenne. Le traitement est simple : cathétérisme régulier une fois par jour vidant complètement la vessie, toujours suivi d'un lavage boriqué ; plusieurs seringues, trois ou quatre au moins seront poussées dans la vessie. Ce lavage est important : si nous avons affaire à un malade au début de la période de rétention, s'il n'a pas encore été sondé, ses urines sont généralement encore claires. Nous devons donc tâcher de le maintenir aseptique. Souvent, si le malade observe les précautions hygiéniques que nous lui avons indiquées, au bout de quelques jours de traitement nous verrons le résidu disparaître ou diminuer du moins notablement, et le cathétérisme pourra être laissé complètement de côté. Mais il ne faudra pas trop compter sur la prolongation de cet état ; aussi notre malade devra-t-il être surveillé avec soin et suivi de près.

A côté de ce type de maladies, nous pouvons en placer un deuxième, qui forme comme un intermédiaire entre le précédent et le distendu ; c'est le malade à résidu plus considérable, ou celui qui, se sondant depuis longtemps régulièrement une fois par jour, n'est jamais arrivé à la distension, mais conserve dans sa vessie beaucoup plus d'urine qu'il n'en rend spontanément. Chez ce malade un cathétérisme quotidien devient insuffisant ; il devra se sonder deux fois, trois fois par jour, même plus, suivant l'abondance du résidu, et se laver régulièrement et copieusement la vessie au moins une fois par jour à l'eau boriquée. Des cathétérismes aussi répétés ne vont pas, il va sans dire, sans de grandes chances d'infection ; aussi, malgré toutes les précautions antiseptiques, voit-on le plus souvent les urines de ces malades devenir légèrement troubles à un moment donné. Il faut alors redoubler d'attention, et, sans s'effrayer outre mesure de ce léger degré d'infection, qui peut être supporté à merveille et ne retentir en aucune façon sur l'état général du malade, suivre de près celui-ci : on devra multiplier, si cela est rendu nécessaire par l'abondance du résidu vésical, les cathétérismes, de façon à éviter la retenue prolongée d'une urine septique dans la vessie, Si le trouble des urines augmente, si les dernières gouttes émises par la sonde sont notablement purulentes et s'il se forme un dépôt abondant au fond du vase, si enfin la réaction cesse d'être acide et devient alcaline, il faudra substituer à la solution boriquée de nos lavages un liquide plus antiseptique ; celui que nous choisirons sera une solution de nitrate d'argent, solution à 1/1000e dans les cas ordinaires, à 1/500e si la solution précédente semble insuffisante. Dans la majorité des cas nous pourrons nous contenter d'un lavage quotidien au nitrate, à côté duquel nous ferons un ou deux grands lavages boriqués dans les 24 heures. Bien entendu, les soins antiseptiques seront particulièrement urgents si notre malade présente des troubles généraux et de la fièvre.

Malgré les cathétérismes répétés et les lavages au nitrate, il peut se faire que l'infection continue chez notre malade à se manifester par des troubles généraux. Si la fièvre persiste au bout de deux ou trois jours de ce traitement, et surtout s'il y a des élévations considérables de la température, des frissons, des troubles dyspeptiques, nous devrons établir le drainage permanent de la vessie de façon à empêcher que la plus petite quantité d'urine infectée y séjourne : nous placerons donc une sonde à demeure. Nous emploierons une sonde béquille n° 17-18 qui sera fixée par deux liens de coton s'entrecroisant autour de la verge pour venir se fixer aux poils de chaque côté. Il est important de placer cette sonde de telle sorte que les dernières gouttes d'urine s'écoulent une à une ; la sonde ainsi placée « au goutte à goutte » est en bonne situation, elle assure parfaitement la vacuité continuelle de la vessie. Il faut donc, avant de la fixer, bien s'assurer, en observant l'écoulement de l'urine, que l'instrument n'est ni trop, ni trop peu enfoncé.

La sonde à demeure restera ouverte ; elle sera munie d'un raccord en caoutchouc qui plongera dans un urinal où l'on versera une petite quantité d'une solution antiseptique très concentrée : si l'urinal tient 500 gr. on y mettra, par exemple, 50 gr. d'une solution de sublimé à 1/100e. Il sera bon d'entourer la sonde et la verge du malade d'une enveloppe de gaze antiseptique qu'il est facile de fixer avec les liens eux-mêmes qui maintiennent la sonde : on diminuera ainsi dans une certaine mesure les chances d'infection entre la sonde et les parois de l'urètre. Les lavages de la vessie au nitrate d'argent seront renouvelés aussi souvent qu'il sera jugé nécessaire. Il est bon de ne pas laisser trop longtemps la même sonde à demeure, et, si le maintien doit en être prolongé, de l'enlever au bout de trois ou quatre jours, et de la remplacer par une sonde propre, après un abondant lavage de l'urètre antérieur.

Passons maintenant à l'étude du traitement de la deuxième catégorie de malades : les prostatiques distendus. Le fait qu'un malade, en rétention complète ou non, se présente avec un globe vésical volumineux, facilement appréciable par le palper simple et la percussion, comporte des indications thérapeutiques et des considérations pronostiques toutes spéciales.

Mais ici il est encore utile d'établir une distinction : la distension est-elle de date récente, ou bien le réservoir vésical s'est-il laissé forcer depuis longtemps ?

Le premier groupe comprend des prostatiques en rétention aiguë, complète, et des malades pouvant encore uriner, émettant spontanément le trop plein de la vessie ; nous étudierons ces derniers en même temps que les distendus anciens, car s'ils en diffèrent, c'est surtout au point de vue des considérations pronostiques que leur état comporte.

Digitized by Google

Occupons-nous seulement maintenant des malades présentant de la rétention complète. De cet accident, qui peut se présenter à toutes les périodes de l'évolution, ressort une première indication, commune à toutes les rétentions d'urine : faire uriner le malade. On pratiquera donc le cathétérisme ; mais il faudra se rappeler qu'un prostatique en rétention aiguë présente une congestion très marquée de son appareil urinaire, en particulier, prostate et vessie : il est, tout d'abord, par ce fait spécialement réceptif aux infections ; si le cathétérisme doit toujours être fait avec toutes les précautions antiseptiques, elles devront ici être observées avec la plus extrême minutie. En outre, la déplétion brusque ou rapide de la vessie chez ce malade exposerait à l'hémorragie par rupture de ses veines brusquement décomprimées ; il ne faut donc pas la vider rapidement, mais retirer seulement quelques centaines de grammes d'urine en une séance, remplaçant au fur et à mesure une partie de l'urine par une quantité un peu moindre de solution boriquée. En procédant de cette manière, on n'aura diminué que d'une façon très lente la tension intra-vésicale, et on aura rendu le milieu moins favorable à la vie des germes pathogènes.

Nous avons dit que les malades en rétention complète présentent une congestion très marquée de leur appareil vésical ; la congestion a d'ailleurs le plus souvent précédé et causé la rétention, puis la rétention est venue la rendre plus considérable. Du fait de la congestion de la prostate peuvent résulter des difficultés de cathétérisme, et, de fait, le passage de la sonde, si le médecin n'est pas très expert à la manier, échoue souvent chez ces malades. Que faire alors ? Un bain de siège et un lavement tièdes, une heure ou deux de marche si le malade est resté au lit depuis quelque temps, rendent parfois le cathétérisme possible. Si tout échoue, il faut quand même faire uriner le malade. On a beaucoup discuté, et le sujet était à l'ordre du jour de la première session du congrès d'urologie, la valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans les cas de rétention complète avec impossibilité de cathétérisme. Il est certain que le praticien s'en tiendra à la première de ces deux méthodes. La ponction, faite antiseptiquement et avec un fin trocart adopté à l'instrument aspirateur, ne présente que peu de dangers ; l'instrument sera enfoncé immédiatement au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, et ne videra pas complètement la vessie ; quelques chirurgiens font suivre cette évacuation partielle d'un lavage antiseptique, ce qui est facile, et serait certainement utile dans les cas où il y a une infection vésicale un peu considérable ; mais il faudrait éviter soigneusement de remettre la vessie en tension, de crainte que son contenu ne filtrât le long des parois du trocart ; ce lavage ne devrait donc être fait que par toutes petites quantités injectées à la fois.

L'évacuation de la vessie par la ponction produit une décongestion de la prostate dont il faut savoir profiter ; deux ou trois heures après on renouvellera donc les tentatives de cathétérisme, qui seront souvent couronnées de succès. Si le besoin s'en produisait, il n'y aurait d'ailleurs pas de grands inconvénients à faire une nouvelle ponction.

Les indications de l'incision sus-pubienne chez ces malades ne se présenteront au praticien, nous semble-t-il, que dans les cas où la rétention s'est produite chez un malade très infecté, avec ou sans fausse route.

Le traitement de notre dernière catégorie de malades, les distendus anciens, ne nous retiendra pas longtemps. Cathétérismes répétés avec lavages, sonde à demeure débouchée toutes les deux heures, si cela est nécessaire, mais toujours évacuation lente et graduelle, les principes en sont les mêmes que pour les malades à la deuxième période, d'une part, que pour les malades en rétention complète, de l'autre. Mais ce qu'il faut bien retenir, c'est qu'ici l'intervention comporte un tout autre pronostic ; chez ces distendus anciens, il y a de l'intoxication urineuse chronique, se traduisant surtout par des troubles dyspeptiques et la langue spéciale des urinaires ; et, chez ces intoxiqués, la réceptivité est extrême et la résistance aux infections très amoindrie. Après un cathétérisme fait en apparence, avec toutes les précautions voulues, on peut voir éclater chez eux des accidents d'infection souvent peu bruyants, mais qui n'en sont pas moins graves, car ils peuvent enlever très rapidement le malade. D'ailleurs tout ce qui amoindrit la résistance de l'organisme aux infections doit être considéré comme aggravant notablement le pronostic de la maladie ; c'est ainsi que le simple cathétérisme devient une intervention sérieuse chez un vieillard affaibli, chez un albuminurique, et particulièrement chez un diabétique. C'est ainsi que toute complication pulmonaire intercurrente, congestion ou pneumonie, aggrave la situation du prostatique. Ce sont là des considérations pronostiques de la plus haute importance et que le médecin devra toujours avoir présentes à l'esprit, car, en les oubliant, il s'exposerait à de cruelles surprises.

Nous avons brièvement, dans cette étude, rappelé les principales indications du traitement des prostatiques, en nous efforçant d'insister particulièrement sur les points les plus importants de la pratique du cathétérisme, sans nous occuper du traitement des complications qui peuvent survenir chez ces malades en dehors des rétentions aiguës et de l'infection. On ne saurait s'exagérer l'importance de ces règles que M. le professeur Guyon a si bien tracées qu'il semble qu'il n'y ait plus rien dorénavant à y changer. Le cathétérisme bien conduit chez les prostatiques peut permettre, en effet, à un grand nombre de ces malades de conserver, pendant de longues années, une santé parfaite ; par contre, faute de soins éclairés, ils sont exposés à une succession d'accidents dont la mort est malheureusement trop souvent la terminaison rapide.

Digitized by Google

# ÉTUDE CLINIQUE

## La peste bubonique (1).

Par le Dr G. Durante, *ancien interne des hôpitaux.*

Sans reprendre l'histoire des épidémies de peste bubonique, nous avons pensé, à cause de l'actualité qui s'attache à la question, qu'il y aurait quelque intérêt à donner avec quelques détails les caractères bactériologiques qui permettent d'établir rapidement le diagnostic de cette affection et à rappeler sa symptomatologie passée sous silence dans tous les articles récents écrits sur ce sujet.

Les *symptômes* de la peste sont généralement assez caractéristiques pour que le diagnostic soit aisé, surtout lorsque l'attention est attirée sur cette affection par l'épidémie régnante ; mais il importe de la connaître afin de ne pas laisser passer inaperçus les premiers cas et de pouvoir enrayer immédiatement la maladie dès son apparition.

La peste bubonique débute, le plus souvent, brusquement, sans prodromes, par un malaise général, une prostration intense, une forte céphalalgie, des vertiges, une sensation de feu intérieur, de brûlure dans le nez, la gorge, l'épigastre. Les pupilles sont dilatées, le facies s'altère rapidement, le visage est pâle, abattu, les yeux ternes, injectés, la parole incertaine, la démarche chancelante. Cette période de début peut durer quelques jours, mais n'est, généralement, que de quelques heures au plus. Très courte parfois, surtout au début des épidémies, elle peut presque faire défaut et le malade, saisi, au milieu de ses occupations, d'un vertige violent, chancelle, s'affaisse et tombe de suite dans une prostration profonde.

La période d'état qui succède rapidement aux premiers symptômes est annoncée par un violent frisson pouvant durer plusieurs heures, avec refroidissement des extrémités. La prostration s'accroît encore. La fièvre s'allume, la peau est brûlante, la soif vive, la céphalalgie intense, lancinante, atroce; le pouls rapide bat 90 à 120, la respiration est fréquente, la langue humide, blanche, crayeuse. Le malade, tourmenté par de la diarrhée ou des nausées, par des vomissements consécutifs et abondants, se plaint de sensations douloureuses au niveau de l'hypochondre qui est gonflé et des intestins. Du larmoiement, de la conjonctivite peuvent aussi s'observer.

Parfois il existe un véritable état typhoïde; la langue, les dents sont sèches, fuligineuses et recouvertes d'un enduit noirâtre; le malade est plongé dans un état comateux ou, au contraire, délirant; les urines sont rares ou même supprimées, les vomissements opiniâtres, le pouls petit, irrégulier, dépressible, indique une défaillance, de la parésie cardiaque. Dans quelques cas, il se montre des sueurs, sans signification critique, très abondantes, parfois extrêmement fétides ou même sanglantes (Hodges, épidémie de Londres). Du côté du système respiratoire, le catarrhe bronchique est fréquent, on signale même de la congestion pulmonaire pouvant aller jusqu'à l'hépatisation et souvent des hémoptysies. Du reste, dans les formes graves, le sang peut se faire jour de tous les côtés et en même temps que les hémoptysies, les sueurs sanglantes, apparaissent alors des hématuries, des hématémèses et du melœna.

Du deuxième au sixième jour, d'habitude vers le troisième jour, apparaît le *bubon* précédé généralement de douleurs intenses. Le bubon pesteux est presque constant, cependant il peut faire défaut. Wilm ne l'a retrouvé, au début de l'épidémie actuelle que dans 73 0/0 et plus tard dans 80 0/0 des cas qu'il a observés.

Le plus souvent unilatéral, le bubon siège soit dans l'aine (42 0/0), soit quelquefois dans l'aisselle (11 0/0). Plus rarement il est bilatéral. Exceptionnellement enfin il peut intéresser les ganglions du cou et du creux poplité.

Le bubon pesteux, très douloureux spontanément et à la pression, est entouré d'un œdème assez considérable du tissu cellulaire adjacent. Il forme une tumeur dont les dimensions varient de celle d'une noisette à celle du poing, lisse ou bosselée. Sans changement de couleur de la peau au début, il intéresse d'abord les ganglions les plus profonds de la région et n'envahit que postérieurement les superficiels. Le siège de cette adénite douloureuse détermine souvent une position particulière des malades qui maintiennent fortement soit la cuisse fléchie sur le ventre, soit le bras allongé le long du corps suivant le ganglion affecté.

Au moment de l'apparition de ces localisations cutanées, se fait parfois une rémission passagère, le pouls devient meilleur, la fièvre cède, des sueurs abondantes se montrent, mais ces phénomènes, très inconstants, n'ont pas toujours, lorsqu'ils existent, une signification critique. D'autres fois, au contraire, l'apparition du bubon est le signe d'une recrudescence de la maladie et l'état typhoïde peut ne se développer qu'à cette période de l'affection.

L'évolution ultérieure du bubon est variable. Dans 10 0/0 de cas il ne suppure pas, et persiste alors sous forme d'une induration qui durera de longs mois après la guérison. Mais le plus souvent la peau ne tarde pas à rougir, à s'amincir et le bubon, ouvert spontanément ou au bistouri, laisse écouler du pus et de débris de tissu cellulaire nécrosé.

En même temps que le bubon ou le remplaçant lorsqu'il fait défaut, se montrent les *charbons*. Ceux-ci débutent par une démangeaison ou une douleur locale, puis une petite tache rouge comme une piqûre de puce, reposant sur une base œdématiée. Cette tache s'élargit, donne

(1) La partie bactériologique de cet article est tirée des notes que nous avons prises à la leçon du Dr Roux, professée le 20 mars à l'Institut Pasteur; de la communication du Dr Roux sur la peste, à l'Académie de médecine, le 26 janvier 1897; du rapport de la commission allemande sur la peste à Bombay, paru dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1897, n° 17, et enfin du mémoire de Wilm sur l'épidémie de peste à Hong-Kong, *Hygienische Rundschau*, 1897.

Digitized by Google

naissance à une vésicule qui se rompt, laissant apparaître un point central noirâtre autour duquel se formera une nouvelle vésicule qui agrandira d'autant le point de gangrène cutanée. Ces charbons, généralement limités en surface et en nombre, peuvent, cependant, parfois envahir de proche en proche et intéresser les téguments de presque tout un membre, ne s'arrêtent que lorsqu'il se produit une amélioration notable de l'état général.

Enfin de l'ictère apparaît parfois et des pétéchies, des ecchymoses plus ou moins étendues peuvent se montrer peu avant la mort dans les cas les plus graves.

La température atteint généralement son maximum vers le cinquième jour (Wilm), mais la courbe thermique est très irrégulière; s'élevant généralement à 39°,5 ou 40°,5, elle ne dépasse parfois pas 39°, tandis que dans certains cas elle atteint 42° (odges).

A côté de cette forme, qui est la plus fréquente, s'observent souvent des formes irrégulières. Les formes *bénignes* se montrent surtout à la fin des épidémies. Avec ou sans bubon, elles se manifestent simplement par du malaise, un peu de fièvre, de l'inappétence, quelques symptômes gastro-intestinaux, parfois de vomissements souvent sans localisations extérieures. N'empêchant pas le malade de vaquer à ses occupations elles peuvent être, lorsqu'elles sont méconnues, une cause grave de transmission de la maladie. On peut les considérer comme une localisation de l'agent infectieux au point d'inoculation et dans les ganglions adjacents sans généralisation dans le courant circulatoire.

Les formes *graves* qui marquent souvent le début des épidémies, véritable septicémie pesteuse, peuvent être extrêmement rapides et ne pas même laisser au bubon le temps de se développer. Dans quelques cas, le malade pris subitement, sans prodromes, de céphalalgie, de vertiges, s'affaisse tout à coup, le délire ou une prostration intense apparaissent et la mort survient en quelques heures. D'autres cas doivent leur gravité à l'intensité de vomissements, à l'état général, aux symptômes de défaillance cardiaque, ou aux hémorragies multiples qui se font jour de tous côtés.

Les épidémies, du reste, sont infiniment variables, chacune d'elles présentant une prédominance de certains symptômes : vertiges, prostration, délire, congestion pulmonaire, sueurs, ou hyperthermie, qui donnent à chacune d'elles une allure générale un peu spéciale et qui ont permis de décrire des formes pulmonaires, gastro-intestinales, hémorragiques, etc., etc., dépendant probablement soit de la porte d'entrée, soit de la localisation principale de l'agent infectieux.

La *durée* habituelle de la peste est de 8 jours, mais elle peut osciller entre 24 heures dans les formes sidérantes et un mois ou même davantage

La *mort* survient généralement du 3e au 6e jour. Passé le 6e jour, le malade a les plus grandes chances de se remettre. La mortalité, variable suivant les épidémies, ossille de 70 0/0 à 90 0/0. Elle est plus forte au début et diminue beaucoup à la fin des épidémies.

La *convalescence*, lorsqu'elle survient, apparaît du 6e au 10e jour, souvent annoncée par la suppuration du bubon qui s'ouvre et laisse une plaie mettant parfois de longs mois à se cicatriser complètement. Rarement la convalescence est prompte car elle est généralement entravée par des *infections secondaires* avec poussées fébriles intermittentes, d'abcès profonds, de parotidites, de furoncles, de phlegmons, de gangrènes, parfois même de paralysies, accidents qui peuvent entraîner la mort du malade et qui, en tous cas, ne permettent qu'un lent rétablissement.

La guérison semble conférer l'immunité; en tous cas une seconde atteinte, lorsqu'elle se produit, est généralement bénigne ; aussi les anciens malades, vaccinés par une atteinte antérieure, ont-ils, de tous temps, été recherchés pour soigner les pestiférés.

*Anatomie pathologique.* A l'autopsie, les lésions que l'on observe portent, avant tout, sur le système lymphatique. La rate, augmentée 3 à 4 fois de volume, est ramollie. Les ganglions mésentériques nombreux et très volumineux sont entourés d'une zone œdémateuse et parfois hémorragique, surtout dans les formes internes où le bubon externe a fait défaut (peut-être s'agit-il dans ces cas de contagion par le tube digestif). Il existe souvent des ecchymoses dans le mésentère. Dans l'intestin les plaques de Pager sont tuméfiées, sans présenter toutefois d'ulcérations comme dans la fièvre typhoïde. L'estomac, dont la muqueuse congestionnée est semée de petites hémorragies, contient parfois du sang. Les ganglions du médiastin, également augmentés de volume, peuvent suppurer. Les lésions du système respiratoire sont plus rares, mais les poumons peuvent être congestionnés, les bronches contenir du mucus sanguinolent. On a enfin observé des foyers d'apoplexie et même d'hépatisation pulmonaire contenant des bacilles de la peste soit à l'état de pureté, soit associés à des diplocoques ou à des staphylocoques. La plèvre demeure le plus souvent indemne, toutefois on a vu s'ouvrir dans cette séreuse des foyers de pneumonie suppurée.

Le cœur, distendu, montre des hémorragies sur l'endocarde et le péricarde; ses fibres sont molles et en dégénérescence graisseuse. Le foie, très volumineux, fortement congestionné, est parsemé d'ecchymoses, et ses éléments sont également en dégénérescence graisseuse. Les reins, parfois entourés de foyers hémorragiques, présentent tous les caractères de la néphrite épithéliale toxique, et l'on rencontre souvent des caillots dans le bassinet, l'uretère et la vessie. Enfin, les centres nerveux, eux aussi fortement congestionnés, baignent parfois dans un mélange de pus et de sang contenu dans l'arachnoïde.

C'est en 1894 que Yersin et Kitasato découvrirent l'agent spécifique de la peste, dans le bubon d'abord, puis

Digitized by Google

dans le sang et les autres organes. Pour le rechercher, il suffit de prendre un peu du sang d'un bubon incisé, de l'étaler sur une lamelle et de le colorer par une couleur basique d'aniline. Il se présente sous la forme d'un cocco-bacille à bouts arrondis, souvent accouplé deux par deux, simulant ainsi un diplocoque lorsqu'il est très court et ne *prenant pas le Gram*. Ce dernier caractère est important pour permettre de s'assurer rapidement de la pureté des cultures en mettant aisément en évidence les staphylocoques et autres agents d'infection secondaire qui accompagnent si souvent le bacille pesteux même dans les bubons non encore ouverts.

Le bacille de la peste existe en abondance, non seulement dans le bubon, mais aussi dans la rate et le foie. Wilm a pu également le mettre en évidence dans l'estomac, l'intestin, le mésentère, le poumon (bronches, foyers d'hépatisation), sur la langue et dans les déjections qui sont ainsi une source fréquente de contamination. Ce bacille se retrouve donc à peu près partout dans l'organisme du malade. Dans les cas graves, on peut même, en faisant une piqûre au doigt, le décéler dans le sang avant la mort et on le retrouve enfin dans l'urine où il se présente généralement sous forme de courts chapelets de cocco-bacilles.

Mais ce bacille n'est pas toujours, il est même rarement à l'état de pureté dans l'organisme. Même lorsqu'on le recherche au prélevant du sang dans un bubon non encore ouvert, on le rencontre généralement associé soit au bactérium coli, soit au staphylocoque doré. Cette *fréquence des infections surajoutées* explique les gangrènes, les phlegmons, les suppurations interminables qui, si souvent, viennent compliquer la maladie et prolonger indéfiniment la convalescence.

Les *cultures* du bacille de la peste sont faciles dans la plupart des milieux habituels. Il se développe déjà à partir de 25°, mais c'est à 37° que sa culture se fait le plus rapidement et dans les meilleures conditions.

Sur plaques de gélatine ordinaire les colonies se montrent sous forme de petites taches grisâtres, brillantes, donnant l'apparence de petits grains de verre. Plus tard elles se foncent, leurs bords se festonnent, mais elles ne liquéfient pas le milieu.

Sur gélose les colonies apparaissent déjà après 4 à 5 heures d'étude à 37°. D'abord transparentes et irisées, elles deviennent dans la suite muqueuses et épaisses.

Sur pomme de terre la culture se fait mal sous l'apparence d'un enduit grisâtre.

Dans le bouillon alcalin il se forme des flocons qui tombent au fond du vase, ou de petits grumeaux qui restent adhérents aux parois, mais le liquide demeure tout à fait clair. Quelquefois, dans les vieilles cultures, on peut voir apparaître un léger voile à la surface. Lorsque le bouillon se trouble, on peut être certain que la culture n'est pas pure et contient des agents étrangers. Les préparations faites avec une culture jeune dans le bouillon montrent de longs chapelets formés de courts bacilles. Au bout de 2 à 3 jours, à côté des bâtonnets courts on en observe de plus longs, de plus épais qui parfois se colorent mal ou présentent comme une striation transversale. Parmi ces formes d'involutions, quelques-unes enfin sont renflées aux deux extrémités.

Les cultures se font également bien dans les milieux glycérinés et dans le lait qui est coagulé par la production d'un acide.

*Inoculations*. Différents animaux, mais particulièrement les rongeurs, sont très sensibles au bacille pesteux et l'on avait remarqué depuis longtemps qu'une grande mortalité de cochons, et surtout de rats précédait et annonçait l'apparition de la peste.

Inoculés par piqûre à la patte avec une culture fraîche, le rat, la souris, le cobaye, tombent malades et meurent en 36 à 60 heures. Les ganglions de la région inoculée sont très augmentés de volume et entourés d'un tissu œdématié ; ceux des autres régions sont tuméfiés et renferment aussi des bacilles en abondance ainsi que le foie et la rate. Le bacille se retrouve partout, même dans le sang, mais pas à l'état de pureté et souvent accompagné du staphylocoque, ce dont on peut aisément s'assurer par une coloration au gram. Inoculés avec une quantité très minime de virus ou avec un virus faible, ces animaux peuvent vivre 4 à 5 jours et présentent alors des bubons beaucoup plus volumineux. Dans ces conditions on trouve la rate semée d'un petit pointillé grisâtre ressemblant à des tubercules et qui ne sont autres que des abcès miliaires.

Plus résistant, le lapin inoculé ne meurt qu'au bout de 4 à 5 jours avec des ganglions moins gros mais très hémorragiques ; les plaques de Payer sont tuméfiées. On retrouve dans le sang le bacille souvent plus pur que chez la souris.

Le porc, le singe sont également susceptibles de prendre la maladie, quoique moins sensibles que les animaux précédents.

Les oiseaux sont beaucoup plus résistants. On peut cependant arriver, avec de grandes quantités de virus, à tuer le pigeon par inoculation sous-cutanée, mais la poule ne présente qu'une maladie passagère dont elle guérit complètement.

L'inoculation n'est pas le seul mode de transmission de la peste. La contagion peut se faire également par *ingestion*. Roux et Yersin ont pu donner la maladie à un rat en lui faisant ingérer une culture pure, et ce rat, mis dans une cage avec des rats sains, les a contagionnés, donnant ainsi naissance à une petite épidémie locale.

Le porc, le singe, meurent aussi par ingestion de bacilles pesteux. La poule même y succombe, quoiqu'elle résiste à l'inoculation sous-cutanée. Enfin les chats, après absorption de cultures par le tube digestif, présentent de la fièvre, de l'amaigrissement, mais se remettent au bout de quelques temps.

La *virulence* du bacille est très variable. Dans le bubon humain elle est généralement très grande, surtout au

Digitized by Google

début des épidémies. Mais, même dans les bubons suppurant depuis longtemps, on peut rencontrer un virus très actif. Du reste, chez un même sujet les variations sont considérables sous ce rapport. Lorsque l'on fait des plaques de gélose avec du sang, on peut, dans un même bubon, rencontrer simultanément des colonies dont les unes sont très virulentes et les autres beaucoup moins. C'est peut-être à cette faible virulence de certains bubons, de certaines colonies, qu'il faut attribuer l'heureuse inefficacité de l'inoculation que se fit Desgenette pour remonter le moral de son entourage.

Dans les cultures, la virulence diminue promptement. Après quelque temps, les cultures ne tuent plus la souris qu'au bout de 4 à 5 jours et, au lieu de stupeur, on observe au contraire, 2 à 3 jours avant la mort, une agitation, un désir de fuir qui explique peut-être la raison de l'émigration de rats malades si souvent observée au début des épidémies et qui concourt pour sa part à l'extension du fléau.

Au point de vue morphologique, les bacilles peu virulents sont plus gros, plus longs et donnent lieu à des cultures plus épaisses.

On peut rendre aux cultures leur virulence par passages successifs par souris, cobaye et lapin. Il faut, pour cela, avoir soin d'injecter d'abord à une souris de ce virus atténué à dose suffisante pour être mortelle; puis, avec la rate de cette souris, on en inocule une autre qui servira à en inoculer une troisième ou un rat. On récupère ainsi assez promptement la virulence au bout de quelques passages. Toutefois, entre chaque passage, il est bon de faire une culture sur gélose afin de s'assurer que l'on injecte sûrement du bacille pesteux et ne pas risquer d'inoculer peut-être uniquement des agents d'infection secondaire si fréquents dans cette maladie.

La nature des passages n'est, enfin, pas absolument indifférente et influe jusqu'à un certain point sur la nature de la virulence. C'est ainsi que le renforcement par passages par cobaye et lapin donne lieu à un bacille très virulent pour ces animaux, mais beaucoup moins pour le rat et la souris, tandis que le bacille de l'homme est, au contraire, beaucoup plus virulent pour le rat et la souris que pour le cobaye et le lapin.

Ces bacilles agissent grâce à la production d'une *toxine* très active qui semble siéger soit dans le corps même du microbe, soit dans la substance glaireuse qui l'enveloppe. Après avoir, en effet, tué le bacille par un antiseptique ou une chauffe d'une demi-heure à 58° deux fois répétée, le bouillon demeure capable de déterminer une réaction locale au point d'inoculation et une cachexie rapide aboutissant à la mort si la dose est suffisante.

On peut isoler cette toxine du corps du microbe en faisant macérer la culture dans de l'eau après avoir tué les bacilles en ajoutant du chloroforme. Si l'on filtre cette macération ou même si l'on se borne à la décanter (puisque, ainsi que nous l'avons plus haut, les microbes forment, dans le bouillon, des flocons tombant rapidement au fond), on se trouve en possession d'un liquide très actif, pour peu qu'il soit concentré. On peut obtenir un liquide très toxique en cultivant le bacille dans du bouillon alcalin peptonisé, en laissant décanter les bacilles et en filtrant ensuite le liquide clair sur bougie.

En injectant 2 centimètres cubes de ce liquide à une souris, celle-ci présente, au bout d'une demi-heure, de la stupeur et meurt en 4 à 5 heures. A dose plus forte, l'animal succombe en 1 à 2 heures ou même moins, comme sidéré par la violence du poison.

Tels sont les principaux caractères du bacille de la peste.

S'inspirant des travaux faits précédemment à l'Institut Pasteur sur le choléra des poules, le charbon, la diphtérie, etc., etc., MM. Roux, Yersin, Borel et Calmette cherchèrent à obtenir par vaccination des animaux réfractaires à la maladie donnant un sérum thérapeutique.

Les premiers essais portèrent sur des souris inoculées avec des cultures vivantes. En se servant de cultures peu virulentes, ils purent n'obtenir qu'une affection passagère et, en répétant progressivement ces expériences, ils *immunisèrent* enfin complètement ces rongeurs qui se montrèrent réfractaires à une inoculation tuant en quelques heures les témoins. Puis ils s'adressèrent à des cultures mortes, ne contenant plus que des toxines, ces liquides plus faciles à manier donnèrent des résultats également favorables et démonstratifs.

Afin de s'assurer si le sérum des immunisés possédait une propriété curative, il fallait s'adresser à de plus grands animaux.

L'injection sous la peau d'un cheval d'un quart de culture récente de peste sur gélose, provoque une tuméfaction considérable accompagnée d'une violente fièvre pendant 48 à 60 heures; puis le gonflement diminue et se localise pour aboutir à un abcès. C'est afin d'éviter cette suppuration que l'inoculation est pratiquée dans les veines en prenant toutes les précautions pour éviter les embolies. Déjà 4 à 6 heures après l'injection, la température atteint 40 et même 41°,5. Le cheval est abattu, frissonnant. La fièvre se maintient pendant plusieurs jours, puis baisse graduellement sans que l'on remarque de tuméfaction ganglionnaire. Les injections sont répétées avec des doses plus fortes, mais à intervalles assez éloignés, afin que l'animal se rétablisse complètement après chacune d'elles. La durée de la réaction après chaque inoculation devient, du reste, de plus en plus courte sans cependant manquer jamais.

Aujourd'hui, on remplace avec avantage pour les premières inoculations les cultures vivantes par des cultures tuées et filtrées. Mais il faut également agir lentement, car même une culture morte peut tuer un cheval si la dose est trop forte ou répétée à espaces trop rapprochés. On complète ensuite l'immunisation par des inoculations de cultures vivantes.

Digitized by Google

Les souris qui reçoivent 1/10 de centimètre cube du sérum de ce cheval immunisé ne deviennent pas malades quand on les infecte, 12 heures après, avec une culture de peste, alors que les souris témoins meurent très rapidement. Ce *sérum* est donc *préventif*.

Ce sérum est également *curatif*, car on peut guérir des souris inoculées de peste déjà depuis 12 heures, en leur injectant de 1 à 1 1/2 centimètre cube.

Ce sérum est enfin *antitoxique*, car des expériences récentes ont montré que 1/4 à 1/10 de sérum injecté en même temps que la toxine empêchait celle-ci de produire aucun effet.

Ces résultats expérimentaux permettaient d'espérer que la sérothérapie pourrait être heureusement appliquée sur l'homme. Le 20 juin 1896, Yersin, muni de quelques flacons de sérum envoyés les uns de Paris, les autres préparés à l'Institut Pasteur de Nha-Trang, injectait à la mission catholique de Canton un premier malade 6 heures après le début de l'affection. 30 cc. de sérum injectés en trois fois amenèrent une guérison si rapide que, dit Yersin, « si plusieurs personnes autorisées n'avaient, comme moi, vu le patient la veille, j'arriverais presque à douter d'avoir traité un véritable pestiféré. » A Amoy, Yersin traite de la même façon 25 autres cas. Sur ces 26 cas, deux seulement ont succombé, ce qui porte la mortalité à 7,6 0/0. Les deux échecs concernent des malades arrivés au 5e jour. A cette époque, la mort survient inévitablement par l'intoxication profonde déjà effectuée et cliniquement marquée par l'irrégularité du pouls et de la respiration.

Le sérum employé, expédié de Paris, était préventif à la dose de 1/10 de cc. pour une souris de 20 grammes.

Les patients se sont plaints parfois de douleurs assez vives au point d'inoculation, mais ces phénomènes douloureux se dissipaient promptement et il ne s'est montré aucun accident qui puisse être attribuable au sérum. Chez les malades dont les bubons suppurent déjà, cette suppuration n'est pas arrêtée, mais dure beaucoup moins longtemps que d'habitude.

Ajoutons enfin que, d'après la commission allemande de Bombay, le sérum des individus guéris de la peste aurait sur les cultures du bacille pesteux, la même propriété *agglutinative* que le sérum des typhiques sur les cultures du bacille d'Eberth. Le séro-diagnostic serait donc possible au même titre que dans le choléra ou la fièvre typhoïde.

Telles sont les connaissances que nous possédons actuellement sur la peste bubonique. Elles éclaircissent singulièrement le mode d'apparition et la marche des épidémies dont plusieurs points étaient, jusqu'ici, demeurés obscurs.

C'est dans la terre que se conserve le bacille dans les pays où la maladie est endémique. Yersin a pu retrouver dans le sol des localités infectées, un microbe identique à celui que nous venons de décrire, mais infiniment moins virulent que celui retiré des bubons. En cet état il est probable qu'il n'est guère nocif que pour de petits rongeurs prédisposés ou déjà malades par une raison quelconque. Le passage par ces rongeurs le rend de plus en plus actif au point de lui permettre de s'attaquer bientôt aux animaux domestiques, puis enfin à l'homme. La peste est, en effet, d'abord une maladie des rats et l'on a depuis longtemps remarqué que les épidémies sont précédées par une mortalité excessive de ces animaux. Leurs cadavres infectés sont une cause de souillure rapide des eaux, des aliments et l'épidémie ne tarde pas à se généraliser, d'autant plus que, dans les pays où sévit la maladie, l'hygiène est peu répandue et la malpropreté règne en maîtresse. Une bonne mesure d'hygiène serait donc la destruction des rats qui, servant de milieu de passage à un bacille peu actif, renforcent sa virulence et lui permettent de s'attaquer ultérieurement à l'homme.

L'homme, comme les animaux, peut contracter la maladie par des voies très diverses. Le plus souvent ce sont des blessures, des *excoriations multiples* qui servent de porte d'entrée. Le ou les bubons paraissent être la signature clinique de cette contagion externe et indiquer par leur siège la région contaminée.

Au début, et dans les formes *bénignes*, l'affection peut demeurer *localisée* aux ganglions, le bacille ne pénètre pas dans la grande circulation et le malade est relativement peu dangereux pour son entourage. Mais lorsque la *généralisation* se produit, soit d'emblée, soit après une plus ou moins longue période ganglionnaire, la maladie prend l'allure d'une grave *septicémie* qui emporte rapidement le malade. Dans ces formes cliniques le bacille se rencontrant dans toute l'économie, l'urine, les déjections, les crachats peuvent devenir les agents de la contagion du voisinage. Les insectes seraient une autre cause de contagion dont il est plus difficile de se défendre. Les mouches peuvent propager le virus et Yersin a donné la peste à des cobayes en leur injectant de l'eau stérilisée dans laquelle on avait broyé des mouches trouvées mortes dans le laboratoire. Peut-être est-ce à ce mode de contagion qu'il faut attribuer les « charbons » qui siègent habituellement sur les parties découvertes, apparaissent au début avec l'aspect d'une piqûre d'insecte et qui parfois sont les seules manifestations externes de la maladie.

L'homme enfin peut contracter la peste par la voie interne : *respiration* et *ingestion*. Ces faits répondent vraisemblablement aux observations dans lesquelles les bubons et les autres manifestations externes font défaut. Dans ces formes, généralement graves, la prédominance de symptômes gastro-intestinaux, pulmonaires, etc., etc., dépendent peut-être, soit de la porte d'entrée, soit de la localisation plus ou moins exclusive du bacille.

Lorsque l'on a à pratiquer le diagnostic bactériologique au début d'une épidémie, il faut avoir soin, non seulement de faire l'examen direct du sang retiré du bubon, mais aussi de l'ensemencer sur gélose à 37°. Au bout de 12 à 14 heures, l'aspect des cultures, la coloration et sur-

Digitized by Google

tout la décoloration du bacille par le gram permettront de s'assurer de la nature du bacille et en outre de sa pureté ou des associations microbiennes.

On pourrait également essayer le séro-diagnostic qui semble avoir donné quelques résultats à Bombay.

Enfin, pour ce qui concerne la sérothérapie, il faut avoir soin, ainsi que l'indique Yersin, d'injecter une dose de sérum d'autant plus forte que l'on entame le traitement plus tardivement. Pour en retirer tout le bénéfice désirable, il faut intervenir le plus tôt possible et en tous cas avant que tous les éléments de l'organisme ne soient profondément et irrémédiablement altérés par l'action de la toxine pesteuse.

Au point de vue prophylactique, les désinfections, la propreté, les quarantaines, quoique assez efficaces, laissent toujours craindre que quelque pestiféré latent n'échappe et ne porte au loin la maladie. C'est afin d'empêcher ces erreurs inévitables que l'on a proposé d'employer le sérum en tant qu'agent *préventif*. L'immunisation de tous les habitants d'une maison ou d'un navire pestiféré empêcherait d'une façon absolue toute erreur ou omission et boucherait d'une façon parfaite les dernières fissures par lesquelles pourrait s'étendre et se propager la maladie. On ne connaît pas encore exactement la durée de l'immunité conférée par le sérum, mais étant au moins de trois semaines à un mois et la peste ayant une incubation très courte, cette immunité serait en tous cas largement suffisante.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 11 mai 1897*

**Anatomie pathologique et pathogénie de l'œdème aigu du poumon.** — M. Renaut (de Lyon). Nous donnons plus haut la communication de M. Renaut.

M. Landouzy présente deux observations d'œdème aigu du poumon sans brightisme :

Un jeune homme de 20 ans et une jeune fille de 30 ans, rhumatisants, aortiques, nettement cardio-artériels ont eu, l'un quatre, l'autre cinq attaques d'œdème aigu du poumon. Les urines, même pendant les attaques, ont toujours été normales : chaque fois c'est une fatigue ou un refroidissement qui avait provoqué l'attaque.

Donc, ici, c'était le fait de la lésion aortique qui était cause des attaques d'œdème aigu du poumon avec une cause adjuvante.

M. Brouardel a fait un grand nombre d'autopsies de gens morts d'œdème aigu du poumon et c'étaient des rénaux et non des cardiaques. Il cite le cas d'un briquetier qui, ayant eu les côtes cassées dans un éboulement, meurt en quatre heures d'œdème aigu du poumon : c'était un rénal alcoolique, nullement cardiaque.

Cependant, il rappelle que pendant le siège il y a eu nombre de gens gelés, qui sont morts dans des accès de suffocation terribles provoqués par de l'œdème aigu du poumon : il s'agissait ici d'un œdème *a frigore* ayant pour cause probable une lésion des pneumogastriques ; ces cas sont exceptionnels. Dans la grande majorité des faits, il s'agit de rénaux, et, au point de vue médico-légal, on constate le plus souvent des lésions rénales même ignorées dans les cas d'œdème aigu du poumon ayant provoqué une mort très rapide.

D'ailleurs chez les artério-scléreux, sans brightisme, il peut y avoir une sclérose vasculaire des reins avec troubles rénaux. Donc, sans nier les cas précédemment cités, il maintient la fréquence de l'étiologie rénale, souvent ignorée, dans les cas d'œdème aigu du poumon subitement mortel.

M. Landouzy maintient l'origine purement aortique de l'œdème pulmonaire, dans les cas qu'il a cités, tout en reconnaissant la grande fréquence de l'étiologie rénale dans cette affection.

M. Renaut admet que les rénaux soient très exposés à l'atteinte de l'œdème pulmonaire, mais alors il s'agit de cas lents ou même quelquefois rapides, mais n'ayant pas cet aspect brusque et presque foudroyant des cas qu'il a en vue.

Pour lui, il n'y a pas une relation nécessaire de cause à effet entre le brightisme et l'œdème pulmonaire, mais seulement une grande fréquence.

M. Brouardel rappelle le cas d'un briquetier, mort en quatre heures, d'un œdème pulmonaire, de cause rénale, et montre ainsi qu'il peut y avoir des œdèmes pulmonaires rapides ou même subits chez les rénaux, et que ces affections peuvent exiger l'enquête médico-légale.

**Appendicite.** — M. Dieulafoy combat l'opinion de M. Dumontpallier sur la question. Il rejette absolument la typhlite stercorale capable de s'accompagner de périty phlite et d'accidents inflammatoires justiciables de la seule thérapeutique médicale.

Il accepte les typhlites muco-membraneuses, ulcéreuses, etc., au même titre que les affections analogues des autres portions de l'intestin, mais la typhlite stercorale amenant la gangrène et la perforation doit être, à son avis, absolument rejetée. Il se base, pour appuyer son dire, sur les constatations des chirurgiens qui, dans les centaines de cas opérés, ont toujours trouvé l'appendice lésé et le cœcum sain : quand le cœcum était lésé, c'était secondairement aux lésions appendiculaires. Donc la typhlite stercorale, avec engouement, n'a jamais amené d'abcès ni de péritonite par perforation et c'est toujours l'appendice qu'il fallait incriminer dans ces cas.

Or, pour lui, le traitement rationnel est le traitement chirurgical rapide que condamne Dumontpallier. Celui-ci s'en tient au traitement médical, qui lui a donné, dit-il, 90 pour 100 de guérisons, et rejette l'intervention du chirurgien, qui, dans les cas suraigus, hâte la mort, d'ailleurs fatale, et dans les cas aigus, datant de deux, trois, quatre jours, est inefficace.

M. Dieulafoy apporte à l'appui de son opinion plusieurs observations démonstratives dans lesquelles il a fait opérer le malade, bien que les accidents généraux fussent assez bénins, la fièvre modérée (39° comme maximum dans un des cas, 38 ou 37°2 dans les autres), l'état général relativement bon, le pouls un peu rapide, les vomissements modérés, mais où il avait trouvé de la défense musculaire, le point de Mac Burney très net, de l'hyperestésie et de l'empâtement de la fosse iliaque droite : tableau clinique répondant à l'ancienne typhlite stercorale. Toutes les fois, il a trouvé l'appendice gangrené, perforé et la péritonite plus ou moins généralisée. L'intervention a été rapide (20 à 45 heures après le début) et tous les malades ont guéri. Il dit avoir 35 observations semblables avec pièces anatomiques à l'appui et conclut que le traitement médical, dans tous ces cas, eût été absolument insuffisant et n'eût pas empêché la mort des malades.

Digitized by Google

Donc, pour lui, il faut intervenir, et rapidement, et réserver aux cas de pseudo-appendicite, d'ailleurs difficiles à diagnostiquer, le traitement médical.

M. Dumontpallier ne nie pas l'existence de l'appendicite et l'efficacité de nombre d'interventions chirurgicales, mais il maintient l'efficacité du traitement médical dans un grand nombre de cas et rappelle la statistique de 90 0/0 de succès qu'il a obtenus sans le concours de la chirurgie.

M. Ménard, de Berck, présente plusieurs colonnes vertébrales atteintes de maux de Pott et où il a recherché les effets anatomiques du redressement, tel que le pratique le Dr Calot. Il a toujours trouvé le système nerveux intact, mais, dans le canal osseux, le redressement des vertèbres avait amené la formation d'une cavité où on ne trouvait aucun tissu vivant; or, comme jamais dans les lésions tuberculeuses des os il n'y a néoformation des os, il se demande comment cette caverne peut se combler dans la suite.

M. Littard fait une communication sur le médecin hindou Charaka et le serment d'Hippocrate rapproché du serment des médecins hindous.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 7 mai 1897*

**Applications locales du salicylate de méthyle dans le traitement du rhumatisme.** — G.-H. Lemoine rappelle les recherches expérimentales et les observations de MM. Linossier et Lannois, qui ont été les promoteurs de la méthode et rapporte 9 observations d'accidents rhumatismaux divers traités par les badigeonnages de salicylate de méthyle.

L'application de ce médicament sur la surface cutanée agit sur le rhumatisme articulaire aigu comme le salicylate de soude pris à l'intérieur, cependant il semble produire une diminution plus rapide de la douleur, son emploi à la dose de 10 à 12 grammes n'a pas été suivi de vertiges, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles et de nausées, comme cela s'observe assez souvent à la suite de l'administration interne du salicylate de soude.

Une fois, cependant, l'application de 20 gr. de ce médicament a provoqué de la céphalalgie.

Le médicament s'élimine par les urines sous forme d'acide salicylique absolument dans les mêmes proportions que le salicylate de soude administré par la voie gastrique.

La quantité éliminée est sensiblement égale au dixième de la quantité soumise à l'absorption.

Le salicylate de méthyle s'emploie sous forme d'essence de Wintergreen, qui contient 90 0/0 de ce sel. On verse la quantité d'essence qu'on veut soumettre à l'absorption sur une compresse tarlatane non apprêtée, puis on applique celle-ci sur la plus large surface possible. Il faut avoir soin, pour obtenir un résultat complet, de recouvrir la compresse imbibée d'essence d'une toile imperméable enveloppant complètement le membre, et hermétiquement fermée par une bande. L'application doit être faite de préférence *loco dolenti*; mais, si la région douloureuse ne peut recevoir un pansement complètement fermé, il faut alors faire l'application sur la face antérieure de l'avant-bras ou encore mieux sur la partie moyenne de la cuisse.

Les bons résultats obtenus semblent moins être le fait d'un contact du médicament avec la région douloureuse que celui de l'absorption rapide du médicament par la circulation générale.

Ces applications de salicylate de méthyle peuvent donc remplacer le salicylate de soude administré.

Il a la même sûreté d'action. D'autre part, elles semblent formellement indiquées toutes les fois que l'estomac du malade demandera à être ménagé.

M. Siredey a employé le salicylate de méthyle dans dix cas d'arthropathies rhumatismales et les résultats favorables qu'il a obtenus confirment ceux de M. Lemoine. Il estime que le médicament réussit mieux dans les formes torpides chroniques que le salicylate de soude pris à l'intérieur. Toutefois, il se sert de doses moins élevées que M. Lemoine. Les doses moyennes, toujours en applications locales, ont été de 25 gouttes matin et soir; jamais il n'a dépassé celle de 4 grammes. Aucun phénomène d'intolérance n'a été observé, et cependant il n'est pas douteux que cette préparation ne soit absorbée par la peau, car il a pu retrouver l'acide salicylique dans le liquide d'une hydarthrose du genou ponctionnée. M. Siredey n'a pas borné l'emploi du salicylate de méthyle à des arthrites chroniques rhumatismales, il s'en est servi aussi avec succès dans les névralgies rebelles du début du mal de Pott, et dans un cas de douleurs fulgurantes chez un tabétique, ce qui a pu éviter l'emploi de la morphine.

M. Legendre, après avoir employé le salicylate de méthyle dans divers cas de rhumatisme, pense que ce médicament réussit beaucoup moins dans les formes aiguës que dans les formes subaiguës, qui restent son indication principale. Le seul inconvénient du salicylate de méthyle est son odeur forte et persistante, qui détermine quelquefois de la part des malades des récriminations assez vives.

M. Rendu demande, à propos de la volatilité du salicylate de méthyle, si ce corps n'agirait pas plutôt par son absorption au niveau des voies pulmonaires que par la peau.

M. Linossier. C'est en étudiant avec M. Lannois l'absorption de certains corps volatils par la peau que nous avons été frappés des résultats thérapeutiques obtenus par cette voie avec le salicylate de méthyle. Nos recherches sont confirmées par les observations de MM. Lemoine, Siredey et Legendre. Dans le rhumatisme articulaire aigu, l'application cutanée du salicylate de méthyle agit à peu près comme le salicylate de soude : elle a sur lui l'avantage de ménager l'estomac et de ne pas déterminer de phénomènes d'intoxication générale. Dans le rhumatisme subaigu ou chronique, dans les névralgies, les névrites, il donne des résultats meilleurs que le salicylate, qui reste souvent impuissant dans ces cas.

Tout le monde est d'accord avec nous sur l'action du salicylate de méthyle; or, nous avons démontré, M. Lannois et moi, dans une communication à l'Académie de médecine en 1896, que, s'il agit, c'est parce qu'il est absorbé exclusivement par la peau. Si le salicylate de méthyle est très odorant, il est peu volatile et ne bout qu'à 215°. Nos expériences, poursuivies en divers sens, nous permettent d'affirmer que la voie pulmonaire n'est pour rien dans son absorption et que celle-ci se fait tout entière par la surface cutanée.

**De l'ostéomyélite consécutive aux suppurations des voies respiratoires.** — M. Jeanselme. Nous ne possédons pas de documents sur les ostéomyélites consécutives aux

Digitized by Google

lésions des voies respiratoires. Les deux observations suivantes serviront à combler cette lacune. Un homme de vingt-sept ans, atteint, depuis 1893, d'une affection ulcéreuse du poumon non tuberculeuse, meurt à l'hôpital Saint-Antoine d'une broncho-pneumonie gangréneuse. Or, cinq mois après le début de l'affection pulmonaire, il fut atteint d'une ostéomyélite de l'humérus droit. A l'autopsie, on trouva, dans le poumon droit, une excavation ancienne renfermant des pneumocoques et des staphylocoques. L'humérus, guéri depuis quatre ans, ne présentait plus aucune espèce microbienne dans l'ancien foyer d'ostéomyélite.

La seconde observation est plus concluante : Un homme de vingt-six ans, atteint de dilatation chronique des bronches, meurt d'une broncho-pneumonie compliquée de gangrène des extrémités bronchiques. Pendant le cours de cette poussée ultime, des foyers métastatiques multiples, à suppuration très fétide, se développent au niveau du tibia gauche, des phalangettes de plusieurs doigts et à l'extrémité inférieure du fémur droit. A l'autopsie on relève, outre les lésions communes de la dilatation des bronches et de la gangrène des extrémités bronchiques, une plaque de méningite suppurée de la base et de nombreux infarctus dans le foie. Dans le pus des ectasies bronchiques et dans les noyaux gangréneux le pneumocoque prédominait. Il s'était associé au pneumobacille de Friedlander, aux staphylocoques albus et citreus et à plusieurs variétés de bacilles indéterminés. Dans les foyers métastatiques osseux et viscéraux examinés, soit au moment même de la trépanation, soit une heure seulement après la mort, on a retrouvé invariablement le pneumocoque dans toutes les localisations. Celui-ci était accompagné d'autres microbes différents suivant les foyers, mais qui, tous, existaient dans les lésions pulmonaires.

**Réaction agglutinante tardive.** — M. Rouget (d'Alger) communique quelques cas de fièvre typhoïde dans lesquels la réaction agglutinante du sérum ne s'est produite qu'à une époque tardive de la maladie.

M. Debove a commis récemment plusieurs erreurs de diagnostic en se basant sur l'absence de réaction agglutinante du sérum. Or dans ces cas, la marche ultérieure de la maladie et la constatation tardive d'un séro-diagnostic positif montrèrent qu'il s'agissait bien d'infection typhique. Quand la séro-réaction est retardée, elle peut induire en erreur en faisant éliminer à tort le diagnostic de fièvre typhoïde ; d'où la nécessité de ne pas baser le diagnostic sur le seul mode de recherche et de ne pas négliger l'observation des phénomènes cliniques.

M. Widal. Dans la grande majorité des cas, on peut, chez les typhiques, compter sur la séro-réaction dès les premiers jours. Il est des cas où cette réaction peut être retardée, comme M. Widal l'a montré le premier, ayant observé un fait où cette réaction ne fut trouvée qu'au vingt-deuxième jour. C'est pour cela qu'au congrès de Nancy, M. Widal a pris soin de donner la conclusion suivante : Un résultat négatif est une probabilité contre le diagnostic de la fièvre typhoïde, mais ce n'est qu'une probabilité. Si les symptômes douteux persistent, il faut renouveler le séro-diagnostic les jours suivants. En cas de nouveaux résultats négatifs, la probabilité contre le diagnostic de la fièvre typhoïde est d'autant plus grande que la maladie est plus avancée.

**A propos du pyo-pneumothorax gangréneux.** — M. Millard, à propos de l'observation rapportée par M. Comby dans la dernière séance, rappelle quelques détails de la maladie de Dolbeau, dont il fut un des témoins : horrible odeur du liquide évacué par la thoracentèse, absence de fétidité de l'haleine et des crachats, eschares gangréneuses détachées de la surface du poumon, éliminées par la pleurotomie pratiquée par Nélaton. Il disait à cette époque (observation publiée en 1875) : Toutes les fois que la thoracentèse ramène du pus, surtout lorsqu'il est fétide, la pleurotomie doit être pratiquée le plus tôt possible. —

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 12 mai 1897*

**Lésions de la colonne vertébrale dans le mal de Pott, à propos du redressement de la gibbosité.** — M. Menard (de Berck) présente une série de pièces anatomiques relatives au redressement brusque de la gibbosité vertébrale dans le mal de Pott. Lorsque, sur le cadavre, on redresse brusquement cette difformité, on ne trouve pas de lésion appréciable des méninges ni de la moelle, mais, quand il existe un foyer tuberculeux purulent au-devant des corps vertébraux, la poche se rompt et le pus fuse dans le médiastin postérieur. De plus, en l'absence du tissu osseux sur une hauteur de plusieurs corps vertébraux détruits, il se forme une vaste caverne osseuse qui mesure de 4 à 8 centimètres de haut entre les deux segments de vertèbres saines. Cette caverne, dont la paroi profonde est formée par le canal rachidien, reste ouverte en avant, puisque la poche tuberculeuse est largement déchirée.

Une question capitale se pose. Quel sera le mode de réparation de cette cavité ouverte en avant ? L'état actuel de la science ne permet pas de résoudre ce problème. En effet, nous savons que, dans le mal de Pott, il n'y a jamais de production osseuse sous-périostée à la surface des vertèbres, ni dans le foyer tuberculeux. L'observation prolongée des malades opérés par cette méthode nous apprendra seule si cette réparation s'effectue et comment elle se produit.

M. Brun a pratiqué le redressement sur le cadavre d'un enfant atteint d'une gibbosité très accentuée ; à l'autopsie, il a trouvé à la partie antérieure de la colonne vertébrale une caverne au fond de laquelle la moelle et les méninges étaient intactes. Lorsque le mal de Pott est ancien, la réparation paraît *a priori* très difficile, et il préfère ne pas exposer ces malades à la non-consolidation. Dans les cas récents, le redressement se fait très facilement sous le chloroforme et ne paraît pas dangereux.

M. Michaux a redressé la colonne vertébrale d'un enfant de neuf ans atteint de mal de Pott depuis l'âge de trois ans. Il a vu

Digitized by Google

la déviation se corriger lentement, et le petit malade, placé dans un appareil plâtré, n'a manifesté ni douleur, ni fièvre, ni paralysie.

M. Poirier a vu redresser deux bossus, sans grand effort de la part du chirurgien, ni danger immédiat.

M. Broca a redressé trois enfants atteints de la même gibbosité, et a constaté qu'ils supportaient bien l'appareil plâtré. La gravité immédiate de cette opération ne paraît pas très grande ; quant à la consolidation ultérieure de la colonne vertébrale, nous ne savons pas ce qu'il en adviendra.

M. Kirmisson présente un enfant de dix ans, sourd-muet, atteint d'incurvation du tibia droit avec absence congénitale du péroné et pied-bot valgus qu'il a redressé par l'arthrotomie. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Intoxication par l'extrait gras de cannalis indica.** — Avec des pilules de 2 centigrammes de cet extrait, le Dr Ruelle (de Commentry) observa des vertiges, du ralentissement du pouls, de la dilatation de la pupille, du refroidissement des extrémités et du visage, de la sensation d'étouffement, de l'excitation cérébrale. Ces accidents durèrent deux heures. En raison de ces susceptibilités individuelles de certains malades pour le chanvre indien, le Dr Ruelle estime qu'il est prudent de s'en tenir aux doses de 0,01 centigramme par pilule et de 4 centigrammes par jour contrairement aux assertions des formulaires classiques qui donnent comme dose de 5 à 50 centigrammes par jour.

## ACTUALITÉ

**La catastrophe du bazar de la Charité et les médecins.** — Le dernier numéro de notre journal était sous presse, alors que tous les noms des victimes n'étaient pas encore connus d'une façon officielle, et nous n'avons pas pu alors parler de cette terrible catastrophe qui a si cruellement éprouvé la famille médicale. Nos deux collaborateurs, MM. Picqué et Nélaton, ont perdu, le premier sa sœur, le second sa sœur et une de ses nièces. La Rédaction tout entière du *Journal des Praticiens* et ses lecteurs s'associent pour envoyer à nos chers et malheureux confrères et amis l'expression la plus émue d'une profonde et douloureuse sympathie. A ces noms, il faut ajouter ceux des docteurs Feulard et de sa fille, du Dr Rochet, qui ont trouvé la mort dans les flammes ; ceux du Dr Nitot, qui a perdu sa femme et sa fille, des Drs Le Sourd, Léon Simon, qui ont perdu leurs filles, du Dr Vimont, qui a perdu sa mère.

A tous ces confrères et à leurs familles, si cruellement éprouvées, nous disons : Puisez, pour supporter tant de malheurs, puisez un peu de courage dans la sympathie profonde qui vous entoure et qui vous soutient. Nous n'emploierons pas les mêmes arguments que ce prédicateur de Notre-Dame, qui a trouvé moyen de faire allusion à la politique dans une telle circonstance, de parler de « châtiments mérités », et d'étonner (pour ne pas dire un autre mot) l'auditoire par des paroles aussi injustes et déplacées qu'inattendues... L'organe du gouvernement, M. Barthou, a été bien inspiré lorsqu'il a prononcé des paroles de paix et de concorde, et lorsqu'il a terminé ainsi son discours éloquent et plein de cœur :

« *Et la mort elle-même sera presque bienfaisante si elle nous apprend que la vie ne vaut que par la pitié des uns pour les autres, par la charité et par la bonté!* » — H. Huchard.

**Le concours des hôpitaux.** — On y revient encore, on y revient toujours à ces malheureux concours, et notre distingué confrère le Dr Helme s'écrie : « Y a-t-il assez longtemps, mon Dieu ! que chacun va proclamant la nécessité de changer l'ordre des choses ! »

Oui, il y a bien longtemps, et en France c'est ainsi que les choses se passent. Il y a cinq ans, dans ce journal, j'ai ouvert une campagne, dont on n'a pas dû perdre le souvenir, au sujet de la « réforme de l'enseignement médical et des concours en médecine ». Qu'a-t-on fait depuis cette époque? Rien, ou presque rien. Entre autres réformes, je proposais — ce qui est de toute justice — de rendre définitivement acquise l'admissibilité des candidats. On revient encore sur cette question, et ce sont les candidats eux-mêmes, les malheureux candidats qui en reprennent, paraît-il, l'initiative. Nous souhaitons de tout notre cœur que leurs efforts réussissent, et nous espérons que M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, voudra bien, dans son esprit d'équité bien connu, proposer cette première réforme qui s'impose de plus en plus, et que tout le monde — juges et candidats — appellent de tous leurs vœux. — H. H.

## *THÉRAPEUTIQUE HYDRO-MINÉRALE*

### La Mouillère-Besançon

Sous ce titre, notre savant confrère le Dr Monin, si compétent en matière d'eaux minérales, vient de publier, à la Société d'éditions scientifiques, une excellente étude sur l'eau iodo-bromo-chlorurée de la Mouillère, dont la précieuse richesse saline est, depuis peu de temps, exploitée par les médecins, au grand bénéfice des malades, et principalement des femmes et des enfants, clientèle de toutes les eaux chlorurées fortes. Un établissement thermal modèle permet, d'ailleurs, l'application, intensive et raisonnée, de toutes les ressources, si variées, de la balnéothérapie scientifique. La diathèse strumeuse, cette tuberculose *in posse* (Feter) est particulièrement justiciable de la cure bisontine, la plus active pour obtenir l'état réfractaire du sol organique au bacille de Koch. Toutes les fois que la thalassothérapie est contre-indiquée et principalement dans les cas d'éréthisme nerveux ou neuro-arthritique, on aura recours, avec avantage, à la cure salso-iodique et hyperchlorurée de la Mouillère, cure anti-dyscrasique par excellence, qui raffermit étonnamment la peau et les parenchymes, stimule la circulation, résout les néoplasies et combat, sous toutes ses formes, la déchéance vitale. L'enfance scrofuleuse, rachitique ou simplement lymphatique, y puisera les éléments d'une héroïque prophylaxie et l'éradication d'un néfaste tempérament morbide. Les femmes affligées de métrites anciennes avec exsudats pelviens, de dysménorrhées, de catarrhe du col, de virulences inflammatoires du côté des annexes, trouveront, dans cette médication, essentiellement fondante et vaso-motrice, la thérapie la plus naturelle et la plus définitive. Depuis quelques années, d'ailleurs, la station de La Mouillère-Besançon a fait étonnamment ses preuves pour la résolution des fibrômes utérins et des anciennes lésions salpingo-ovariennes.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEKER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

## Traitement chirurgical du chalazion

par le Dr Albert Terson
*chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu (Paris)*

Le chalazion a été traité chirurgicalement par des procédés bien différents. L'extirpation, le curettage, la cautérisation ignée ou chimique, l'expression simple, voire même le séton, lui ont été appliqués. Mais, en somme, il n'est resté, comme procédés usuels, que le curage du chalazion ou son extirpation. Peut-être même l'extirpation qui est le traitement *le plus ancien*, a-t-elle repris dans ces dernières années une faveur que le simple curage lui avait pendant un certain temps enlevée. La question n'est cependant pas encore tranchée, et, en présence de cas souvent différents entre eux, y a-t-il lieu de ne pas se prononcer exclusivement pour une seule méthode thérapeutique.

Une fois le diagnostic du chalazion établi, et l'on sait qu'on peut le confondre avec des gommes du tarse, avec des sarcomes palpébraux, avec même des adénomes et de véritables épithéliomas, des glandes de Meibomius, comme le fait remarquer M. Panas dans son traité, vu que les « faux chalazions » peuvent être fort dangereux, on doit se demander s'il peut disparaître spontanément ou par un traitement médical, ou enfin si le traitement chirurgical est la seule ressource.

Les chalazions disparaissent quelquefois spontanément (nous avons observé en six mois la disparition presque simultanée de chalazions chez la mère et le fils), bien que le fait ne s'observe pas assez couramment pour qu'on puisse, en aucun cas, excepté celui de grossesse, se borner à un traitement médical, à des applications de topiques ou à l'expectation, à moins de chalazions minuscules. La grossesse est la cause fréquente de l'apparition de chalazions; nous avons vu deux fois de volumineux chalazions disparaître peu après l'accouchement, sans aucun traitement local. Rien ne prouve du reste qu'il en soit toujours ainsi; mais peut-être dans un cas semblable, quelques mois d'expectation sont acceptables. Certains petits chalazions avortent, tout en laissant pendant plusieurs années un petit nodule extrêmement dur dans le tarse; d'autres chalazions se transforment, les uns formant un bourgeon charnu sur la conjonctive, d'autres suppurant du côté de la peau; mais il est préférable d'opérer avant ces terminaisons spontanées, souvent défavorables et incomplètes. L'opération est si simple, si rapide et si utile qu'on ne peut la remplacer par des applications de teinture d'iode (Chauvel), que dans les cas où les malades refusent avec obstination tout traitement radical. Il est juste d'ajouter que le chalazion abandonné à lui-même perpétue une irritation favorable à la production d'autres chalazions, sans que pour cela sa suppression préserve à tout jamais le patient de l'apparition de nouveaux nodules. Nous avons opéré 6 chalazions sur les deux paupières d'un artiste à la manufacture des Gobelins.

Néanmoins, après l'opération, la correction des amétropies, les lotions boriquées fréquentes, les instillations de nitrate à 1/100, l'antisepsie du bord ciliaire (pommade rouge) et son décapage avec une solution faible de carbonate de soude (4 0/0), seront d'utiles adjuvants pour le *traitement général* qui est le seul qui constitue une prophylaxie logique et réellement efficace. C'est le régime et le traitement général des dermatoses, en particulier de l'acné qui coexiste si souvent avec le chalazion, et en même temps que l'on soignera la blépharo-conjonctivite à chalazions (Dianoux.) il y a intérêt à soigner l'état général et à régulariser les fonctions intestinales et cutanées. On évitera aussi le surmenage local (microscope, veilles, monocle, etc).

Quand il s'agit d'opérer, on conformera l'opération tout d'abord à la variété et au siège général du chalazion. On distinguera le chalazion du canalicule meibomien et de son orifice et celui du corps de la glande.

Le premier a été quelquefois appelé *chalazion du bord libre*, car il forme un renflement rougeâtre sur la lèvre postérieure du bord ciliaire, un petit amas violacé, siégeant sur la face conjonctivale du tarse (tarsite localisée). Truc et Valude ont donné à cette lésion le nom explicite, de « canaliculite meibomienne ». A proprement parler, il n'y a pas la large cavité du chalazion. Aussi se bornera-t-on à fendre, sur le côté conjonctival, la tuméfaction, à gratter le sillon de l'incision de façon à enlever de petits fragments gélatineux, et à ébarber d'un coup de ciseau la masse qui dépasse le bord ciliaire de façon à l'aplanir. Il ne saurait être question ici de l'extirpation totale.

Le *chalazion du corps* de la glande siège sur le tarse plus ou moins loin du bord ciliaire. Il faut faire une mention spéciale pour les chalazions siégeant près des *canalicules lacrymaux*; on se bornera à les inciser du côté de la conjonctive, à les curer, en évitant toute excision. L'opération par la peau sera peu recommandable, car elle pourrait entraîner l'éversion du canalicule et un larmoiement consécutif.

Nous disions plus haut que l'opération du chalazion a souvent été faite de différentes manières et quelquefois avec un exclusivisme exagéré.

Au XVIIIe siècle, on extirpait toujours par la peau, si l'on en juge par l'ouvrage de Pellier de Quengsy. Ce n'est que si le chalazion « vient par hasard à se rompre, qu'on tire la matière épaisse avec une petite curette ». La pratique de l'extirpation est du reste plus ancienne.

Fabrice d'Acquapendente remarque même judicieusement qu'il faut opérer le chalazion soit par la conjonctive soit par la peau, suivant le côté où il proémine le plus, formule restée vraie. Le séton avait été employé par A. Paré.

Digitized by Google

Wenzel incise soit par la conjonctive, soit par la peau, et extrait, en général, la masse avec la curette.

Plus près de nous, Desmarres pratique, soit l'extirpation par la peau ou la conjonctive, soit chez des personnes pusillanimes, le *broiement* du chalazion, sans incision, en écrasant la tumeur directement avec l'anneau de sa pince hémostatique.

M. de Wecker fait de préférence le curage pour le chalazion interne et l'ablation pour le chalazion externe. M. Panas, se déclare, dans son livre, grand partisan de l'extirpation par la voie cutanée, sans rejeter complètement l'opération par la conjonctive, qu'il accuse de pouvoir donner un trichiasis partiel, ce qui est assurément possible avec *l'extirpation* par la voie conjonctivale, mais cet accident semble impossible, si, comme nous le verrons tout à l'heure, l'opération par la conjonctive est systématiquement le *curage* et jamais l'extirpation, seule recommandable au contraire par la voie cutanée. Pour Landolt, l'opération doit *toujours* être le curage par la conjonctive. Fuchs ne signale aussi que cette opération. Czermak la considère comme la seule nécessaire.

Agnew propose de faire *par le bord ciliaire* une fente qui permet de curetter le chalazion, au lieu de passer par la peau ou la conjonctive tarsale. Cette opération nous semble aveugle, plus compliquée et par conséquent inutile. De plus, le bord ciliaire si dense, est d'une anesthésie à peu près impossible.

Quelques opérateurs se bornent à inciser le chalazion et à l'exprimer avec leurs doigts : c'est un type d'opération incomplète.

Est-il nécessaire d'opérer toujours par la peau, d'opérer toujours par la conjonctive, et faut-il pratiquer, si l'on adopte suivant les cas, la voie cutanée ou la voie conjonctivale, la même opération?

*Faut-il toujours opérer par la peau?* L'opération par la peau est supérieure à l'opération conjonctivale, lorsqu'il s'agit d'un très gros chalazion, presque entièrement développé du côté cutané, au point quelquefois de tendre à l'ulcérer, du fait d'une infection secondaire qui fait suppurer le chalazion. L'opération par la conjonctive est alors insuffisante : la curette se débat dans une large poche souvent mal limitée et adhérente à la peau : l'orbiculaire et le tissu sous-cutané atteints par l'instrument se remplissent d'une abondante suffusion sanguine : enfin la *récidive*, résultat d'une opération aveugle et incomplète, n'est pas rare. Dans ces gros chalazions, l'extirpation par la peau est préférable, avec quelques correctifs que nous verrons tout à l'heure. Mais pour de petits chalazions, encore presque exclusivement tarsiens, où l'incision du tarse au point grisâtre qui est la *cloison* amincie qui sépare la conjonctive du chalazion, met à nu la cavité entière, un curettage soigné suffira, et l'opération cutanée, qui obligerait ici à traverser la peau et toutes les couches de la paupière, pour arriver sur un chalazion minuscule, embryonnaire, presque introuvable dans l'hémorragie et l'œdème du tissu sous-cutané, est absolument inutile, et s'adapte moins à la nature du petit chalazion, entièrement interstitiel, directement et en totalité accessible à la curette qui l'expulse et le détruit dans toute son étendue.

Utile pour les petits chalazions peu développés vers la peau, l'opération conjonctivale est la *seule* recommandable pour les chalazions *très développés* vers la conjonctive. Il en est plus souvent ainsi pour les chalazions de la paupière inférieure, dont le tarse est normalement si mince et si étroit que le chalazion devient immédiatement sous-conjonctival. Quelquefois cependant on aura à pratiquer, comme cela nous est arrivé, l'extirpation du chalazion de la paupière inférieure par la *voie cutanée*, mais ce sera l'exception.

Cela seul suffit à démontrer qu'on ne peut se baser sur le siège du chalazion à la paupière supérieure ou inférieure pour déterminer, s'il faut pratiquer l'extirpation ou le curage. M. Galezowski est d'avis que pour la paupière supérieure, il faut opérer par la peau, et pour la paupière inférieure par la conjonctive. En réalité, tout dépend de la forme et du siège de la saillie, *quelle que soit la paupière en jeu.*

Le seul cas où il faut *toujours* opérer par la conjonctive, est celui où des chalazions s'y sont ouverts spontanéments et ont donné un bourgeon charnu, que son siège tarsien aidera à reconnaître, mais qui en a souvent imposé pour des tumeurs conjonctivales malignes, à cause de son volume quelquefois considérable. Nous en avons opéré un aussi gros qu'une framboise aplatie et étalée, chez un enfant de neuf ans, dont le chalazion avait passé inaperçu. L'excision et le curettage énergique de la cavité d'où émerge la végétation, donnent toujours un résultat immédiat et définitif, et bien entendu, il ne saurait être question d'opérer par la peau.

On doit encore se demander si l'on peut pratiquer au l'extirpation ou le curettage, que l'on passe par la conjonctive ou par la peau. Nous avons vu deux cas opérés par des confrères non spécialistes, où une *extirpation* par la conjonctive, aggravée d'une cautérisation, avait entraîné dans un cas, un symblépharon partiel, dans un autre, un trichiasis de la paupière inférieure. De pareils résultats démontrent qu'il faut plus de prudence et d'éclectisme pour cette petite opération, que pour des opérations faciales autrement considérables, sinon plus importantes. Si l'on se donne la peine de réfléchir un moment sur ce sujet en apparence négligeable, il sera facile de comprendre que le *tarse et la conjonctive* doivent être conservés : on peut les inciser, mais on ne doit jamais en enlever de fragments, même triangulaire (Grand) sous prétexte de faciliter la guérison. On se bornera donc toujours à l'incision du tarse et de la conjonctive, et au *curettage*, avec la curette à chalazion ou les curettes pour le lupus (Vidal) ou pour la cornée (Meyhofer), surtout pour de petits chalazions à tarauder (la fraise des dentistes Gayat) est absolument

Digitized by Google

inutile, *lorsqu'on opère par la conjonctive.* Donc, *jamais d'extirpation* par la *conjonctive.*

*Par la peau,* c'est la formule inverse : jamais de curettage comme unique opération : car ici un curettage fouille à la fois dans le chalazion, l'orbiculaire et le tissu cellulaire. *Ce qu'il faut lorsqu'on opère par la peau, c'est toujours l'extirpation.* On met à nu le chalazion disséqué comme un kyste : on le charge avec une *pince-érigne,* bien supérieure au vieux crochet à chalazion, trop brutal et trop large, et on en *excise* tout ce qui n'est pas adhérent au tarse (résection); il ne reste plus *alors* qu'à pratiquer le *raclage* de la cloison tarsienne, qu'il faut se garder d'*exciser,* pour ne pas fenêtrer la paupière (Chauvel), ce qui est, on en conviendra, au moins inutile. La suture est négligeable, l'incision horizontale étant parallèle aux fibres orbiculaires et se refermant d'elle-même. Un pansement aseptique sec est gardé deux jours. Comme pour l'opération conjonctivale, la cavité où se trouvait le chalazion, se remplit d'un caillot qui se transforme en cinq à six jours en une petite cicatrice, profonde et invisible ; mais on doit prévenir le malade qu'une petite tuméfaction existera pendant quelques jours, car il pourrait ne pas se croire débarrassé de son chalazion.

Si nous revoyons rapidement la conduite à tenir en face d'un chalazion, nous voyons donc que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, à ce qu'on a souvent dit et à ce que l'on fait quelque fois, il n'y pas une seule opération à appliquer au chalazion : et nous avons appliqué souvent les deux le même jour, sur le même sujet porteur de plusieurs chalazions de forme et de siège différents; il faut, suivant les cas et suivant la voie, cutanée ou conjonctivale tantôt pratiquer l'extirpation (voie cutanée), tantôt le curage (voie conjonctivale). Si l'on s'écarte de cet éclectisme rendu nécessaire par la nature des régions anatomiques et des éventualités pathologiques, on s'expose ou à provoquer des dégâts impardonnables par des extirpations malencontreuses, ou à laisser, par des curettages incomplets, le germe d'une récidive, aussi désagréable pour le chirurgien que pour le malade.

L'anesthésie locale par la cocaïne en instillation à 1/20 et en injection sous cutanée (à 1/100) est toujours suffisante, excepté chez les enfants. On se gardera d'une injection sous-cutanée trop abondante qui masquerait le chalazion ; les injections sous-conjonctivales sont ici inutiles, les instillations suffisant parfaitement, ou impraticables (en plein tarse), ou nuisibles (masquant le chalazion).

L'hémostase sera faite avec la pince de Desmarres ou avec la plaque en corne ou en métal nickelé destinée à étaler la paupière. Cette dernière nécessite quelquefois un aide de plus et n'est pas moins douloureuse que la pince de Desmarres : elle rend service cependant pour l'extirpation par la *voie cutanée,* où la pince de Desmarres peut gêner en provoquant beaucoup d'œdème, sans beaucoup d'hémostase.

Tout au contraire, la pince pour les chalazion franchement conjonctivaux, est préférable à la plaque, à condition d'insinuer sa partie pleine *sous la paupière retournée :* elle repousse alors le chalazion vers la conjonctive, le met en évidence, et permet, avec une hémostase parfaite, un curage suffisant. Les deux instruments ont leur indication ; La pince de Desmarres n'est qu'une modification de la large pince pénétrée à paupières qu'employaient les dentistes du XVIIIe siècle, comme en témoignent les figures de leurs livres et comme nous l'avons remarqué dans notre Etude sur Pellier de Quengsy. On évitera de faire l'hémostase en introduisant le doigt ou l'ongle sous la paupière, suivant un procédé trop primitif.

Quant à la cautérisation par le nitrate ou le thermocautère, quant aux injections caustiques pratiquées dans l'intérieur du chalazion, elles sont souvent dangereuses et toujours inutiles. La cautérisation ignée, recommandée dans certains livres (Meyer), pratiquée seule, ne guérirait que de petits chalazions, effraye le malade et entraînerait une réaction et des cicatrices plus grandes que l'opération avec les instruments tranchants (Chauvel).

Par l'extirpation ou le curettage délicatement pratiqués, on ne s'expose à aucun accident et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a noté des hémorragies abondantes et prolongées (Galezowski).

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## De l'action du bleu de méthylène sur l'albuminurie

Par le Dr G. Lemoine

*Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille*

Le bleu de méthylène me paraît exercer une action des plus prononcées sur la marche de l'albuminurie liée aux affections du rein; par son administration on fait diminuer assez rapidement le taux journalier de l'albumine et on arrive même à faire disparaître entièrement cette dernière de l'urine.

C'est là un fait d'expérience clinique, d'empirisme, si on le veut, mais qui me paraît indéniable car je l'ai toujours constaté, chez tous les malades sur lesquels je l'ai cherché, depuis quelques mois que je m'occupe de cette question. Je n'ai pas encore pu rechercher le mécanisme de l'action thérapeutique du bleu de méthylène dans ce cas particulier, si tant est qu'on puisse le découvrir, je n'énonce ici qu'un fait d'observation.

Sur sept malades que j'ai soumis à ce traitement, j'ai toujours obtenu la diminution rapide et dans deux cas même la disparition complète de l'albuminurie. Ces malades présentaient : l'un de la congestion rénale subaiguë, durant depuis six semaines sans que l'albumine diminuât par les traitements ordinaires ; par le bleu de méthylène je la fis tomber de 2 grammes par jour à 50 centigrammes, en dix jours, et disparaître tout à fait huit jours après; les autres de la néphrite chronique liée à l'artério-sclérose et compliquée de poussées congestives sur les reins avec

Digitized by Google

albuminurie abondante. Les cas de ce genre sont fréquents dans le Nord, par suite l'alcoolisme, de la mauvaise hygiène alimentaire et du froid humide.

Voici le résumé des observations de ces malades :

Obs. I. — Vandep... Théodore, cinquante-huit ans, salle Saint-Louis, n° 1 : mal de Bright chronique, congestion rénale, albuminurie.

Le 25 février, il a 6 grammes d'albumine par jour. Malgré le régime lacté mixte et un traitement par les alcalins et le tannin. Le lendemain on le met au bleu de méthylène à la dose de 30 centigrammes par jour.

Le 3 mars il y a 4 grammes d'albumine.

Le 7 mars il y a 2 grammes d'albumine.

Le 10 mars il veut sortir, il n'avait plus que 1 gr. 50 d'albumine.

Obs. II. — Bacq... Louis, quatre-vingts ans, salle Saint-Louis, n° 5 : néphrite chronique, artério-sclérose, rein sénile.

Avant le traitement par le bleu de méthylène, il avait une quantité journalière d'albumine qui oscillait entre 1 gr. 50 et 2 grammes.

Le 7 mars on lui donne 30 centigrammes de bleu ; dès le 10 mars il n'a plus qu'un gramme d'albumine ; le 15 mars seulement 40 centigrammes, et le 19 mars plus du tout.

Obs. III. — Meuril... Florimont, 41 ans, salle Saint-Louis, n° 9 : néphrite récente survenue à la suite d'excès de travail et de boisson.

Pendant tout le mois de janvier, il est soumis au régime lacté, aux alcalins et à de la révulsion fréquente sur les reins. Malgré cela il présente :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Le 3 janvier, | 5 grammes | d'albumine. | |
| Le 8 — | 4,50 centigr. | — | |
| Le 15 — | 4 grammes | — | |
| Le 28 — | 4 — | — | |

A dater du 28 janvier, on lui donne 30 centigrammes de bleu de méthylène chaque jour.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Le 1er février, | 1,50 centigr. | d'albumine. | |
| Le 14 — | 0,75 — | — | |
| Le 27 — | 0,50 — | — | |

A cette date, on cesse l'emploi du bleu, car il présente un peu de cystite. Mais le 16 mars, on le remet au bleu de méthylène, tout en lui permettant une alimentation quelconque, la dose d'albumine qui était remontée à 80 centigrammes retombe en quelques jours à 40 centigrammes.

Le malade sort de l'hôpital avant la guérison complète.

Obs. IV. — Rosalie V..., 24 ans, présente de l'albuminurie depuis trois mois, consécutivement à une scarlatine légère qui n'a guère été reconnue qu'à la desquamation et à l'apparition d'un œdème des membres inférieurs.

Quand je suis appelé près d'elle, elle n'urine guère que 800 grammes par vingt-quatre heures, et son urine contient, pour ce laps de temps, 75 centigrammes d'albumine. Le microscope y révèle la présence de quelques cylindres.

La malade reste soumise comme auparavant à un régime de lait et de végétaux, mais prend 0,40 de bleu de méthylène par jour, en doses fractionnées, à partir du 29 mars.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 30 mars.... | 0.60 | d'albumine | 800 | d'urine |
| 31 — .... | 0.90 | — | 1100 | — |
| 1er avril..... | 0.80 | — | 1300 | — |
| 2 — ... | 0.80 | — | 1200 | — |
| 3 — ... | 0.55 | — | 1200 | — |
| 4 — ... | 0.25 | — | 1250 | — |
| 5 — ... | 0.25 | — | 1100 | — |
| 6 — ... | 0.40 | — | 1150 | — |
| 7 — ... | 0.20 | — | 1300 | — |
| 8 — ... | traces | — | 1200 | — |

et depuis ce moment jusqu'au 15 avril il n'y eut plus que des traces d'albumine, qui disparurent peu à peu. Il est à noter que l'urine examinée le 22 avril contenait encore des cylindres hyalins et granuleux. La santé générale est restée bonne, le malade continue à prendre du lait et des végétaux.

C'est le seul cas d'albuminurie scarlatineuse où j'ai pu donner le bleu de méthylène. Je considère comme un succès notable la facilité avec laquelle l'albuminurie a disparu.

Voici maintenant trois cas de mal de Bright chronique survenus chez des alcooliques.

La maladie durait chez eux depuis un temps que je n'ai pu apprécier quand je les ai mis en traitement. Les résultats obtenus sont moins probants que les précédents.

*Obs. 5.* — X..., 42 ans, brasseur, présente 0,40 d'albumine le 8 décembre 1896. État général bon, pas d'œdème, un peu de dyspnée nocturne. Sous l'influence de bleu de méthylène, l'albumine subit les variations suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| 9 décembre..... | 0.30 | d'albumine |
| 10 — ..... | 0.25 | — |
| 11 — ..... | 0.25 | — |
| 12 — ..... | traces | — |
| 13 — ..... | traces | — |
| 14 — ..... | 0 30 | — |
| 15 — ..... | traces | — |

Le malade ne veut plus continuer la médication, car il se plaint d'un peu de cuisson en urinant.

*Obs. 6.* — Y..., avocat, 58 ans. A eu, à plusieurs reprises, du sucre dans ses urines. C'est un arthritique congestif, bruit de galop au cœur, foie un peu gros, léger œdème des malléoles, petits signes du brightisme. Son urine contient 0,25 d'albumine par litre ; il n'a pas de polyurie, et n'a plus de glycosurie pour le moment. Je lui donne 0,30 de bleu de méthylène. La quantité journalière d'albumine ne varie pas pendant les cinq premiers jours, puis elle tombe brusquement à zéro pendant huit jours, pour reparaître et osciller autour de 0,25 pendant quatre jours et disparaître ensuite. Le malade cesse le traitement à ce moment et refuse de le continuer ; il l'avait du reste fait fort irrégulièrement.

*Obs. 7.* — Z..., commerçant, 50 ans. Artério-scléreux, bruit de galop léger, dyspnée persistante de nature urémique, râles fins dans les deux bases du poumon, urines peu abondantes de 800 à 1000 par jour, 14 gr. d'urée et 0,80 à 1 gr. d'albumine par 24 heures. Après l'avoir mis au régime lacté pendant cinq jours, sans médicament, je constate que l'urine s'est élevée à 1400 gr., l'urée à 16 gr. et que l'albumine oscille autour de 0,80, sans grandes modifications. Le 11 avril, je lui donne 0,30 de bleu de méthylène, régime lacté et végétaux.

| Par 24 heures. | Albumine. | Urée. | Quantité d'urine. |
|---|---|---|---|
| 12 avril... | 0.80 | | 1300 |
| 13 — ... | 0.80 | | 1100 |
| 14 — ... | 0.70 | 16 gr. | 1400 |
| 15 — ... | 0.80 | | 1350 |
| 16 — ... | 0.80 | | 1300 |

Digitized by Google

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0.40 de bleu. | 17 | — ... | 0.80 | 15 gr. | 1450 |
| | 18 | — ... | 0.70 | | 1600 |
| | 19 | — ... | 0.40 | | 1800 |
| | 20 | — ... | 0.30 | 22 gr. | 1700 |
| | 21 | — ... | 0.50 | | 2100 |
| | 22 | — ... | 0.30 | | 1900 |
| 0.20 de bleu. | 23 | — ... | 0.25 (1) | 25 gr. | 1600 |
| | 24 | — ... | 0.25 | | 1850 |
| | 25 | — ... | 0.25 | | 1950 |

Le malade est toujours en traitement et je ne désespère pas de le voir s'améliorer peu à peu encore davantage, sa dyspnée et les râles ont disparu dès les premiers jours de traitement et, en ce moment, son état général est excellent. Il est au régime lacté mixte.

Cette observation est intéressante car le malade a bien voulu mesurer exactement la quantité d'urine émise chaque jour et faire doser l'urée tous les trois jours. Elle montre que sous l'influence du traitement, non seulement l'albuminurie a diminué, mais que l'urée a suivi une augmentation parallèle ainsi que la quantité des urines. Vers le dixième jour du traitement, il semble que le rein se soit ouvert et à ce moment la débâcle urinaire coïncide avec la diminution notable et rapide de l'albumine. C'est à ce moment que la dyspnée et les râles des bases des poumons disparurent. Déjà dans l'observation n° 4, nous avons vu se faire la même augmentation du taux journalier de l'urine. Est-ce que le bleu de méthylène est diurétique? La chose ne me paraît pas douteuse, car j'ai souvent noté une diurèse abondante chez les malades auxquels j'en donnais pour calmer des névralgies par exemple. Peut-être est-ce grâce à cette propriété qu'il augmente la perméabilité des reins et la sortie de l'urée. Evidemment, je ne puis faire que des hypothèses, mes observations sont encore trop peu nombreuses et incomplètes à certains égards, mais ces hypothèses paraissent devoir être confirmées. Je n'en veux pour preuve que l'observation suivante qui est celle d'un pharmacien, albuminurique, qui a bien voulu prendre du bleu de méthylène pendant quelque temps et en observer les effets.

Il s'est aperçu, par hasard, en examinant ses urines, qu'il était albuminurique, et il n'a trouvé comme étiologie qu'une angine grave qu'il eut quatre mois auparavant. Son état général est resté bon, les malaises sont nuls. Cela n'empêche pas que les premiers dosages donnèrent 0,30 à 0,50 d'albumine par litre; il urinait environ deux litres par jour. Sur mes conseils, il prit du bleu de méthylène et continua un régime alimentaire qu'il suivait déjà de lui-même, consistant en lait, légumes et viandes blanches. Le dosage de l'albumine, de l'urée et de l'acide urique fut fait chaque jour avec soin, pendant huit jours consécutifs.

Le malade constata pendant ce laps de temps que la quantité d'albumine ne se modifiait guère, mais qu'il urinait de 3 à 500 grammes de plus qu'auparavant et que l'urée montait de 21 à 28 grammes. Quant à l'acide urique, il y en eut une vraie débâcle, sa quantité passa de 0,50 à 0,90 en deux jours de temps et s'y maintint. L'expérience ne fut pas prolongée davantage, le malade n'ayant pas vu diminuer l'albuminurie, cessa le traitement.

Dans un cas d'albuminurie chronique où la mort survint du fait d'un érysipèle, le malade avait pris, pendant quelques jours, du bleu de méthylène. A l'autopsie, on trouva des reins énormes, remplis de kystes volumineux, et dont la plus grande partie était sclérosée; le bleu de méthylène avait coloré seulement les parties des reins qui étaient encore perméables, toutes les régions fibreuses avaient leur coloration normale, les autres étaient bleues. Cette observation montre l'élection du bleu de méthylène pour les éléments actifs du rein, et il y a lieu de se demander si ses propriétés diurétiques et éliminatrices ne sont pas dues à une action directe sur l'épithélium rénal, plutôt, comme je le pensais d'abord, qu'à une action sur le système nerveux.

En résumé, autant que peuvent le prouver les quelques observations que j'ai pu recueillir, le bleu de méthylène agirait comme diurétique et modificateur des fonctions des reins, favorisant l'élimination de l'urée et de l'acide urique et la diminution de l'albumine, dans le cas de néphrite. Mes observations sont encore peu nombreuses et demandent des recherches complémentaires pour qu'une affirmation catégorique puisse être posée, mais elles sont assez démonstratives pour que l'action du bleu de méthylène soit désormais tentée chez ces malades que si peu de médications soulagent.

Le bleu de méthylène se donne, dans ces cas, à la dose de 0,25 à 0,50 par jour. Son emploi ne présente aucun inconvénient à la condition qu'il ne contienne pas d'impuretés, car, dans ce cas, il peut provoquer une légère cystite. L'usage des boissons abondantes et de la poudre de muscade peut, du reste, empêcher cet ennui de se produire.

(1) Chiffre approximatif, le dosage devenant difficile pour cette faible quantité.

# THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

## Dyspepsie et dilatation gastro-intestinale chez l'enfant

Par le Dr A. Gillet, *ancien interne des hôpitaux de Paris*

C'est un des aboutissants les plus fréquents des fautes d'hygiène commises pendant le jeune âge.

Cette alimentation défectueuse amène : 1° un amoindrissement des opérations chimiques de la digestion ; 2° des fermentations anormales par suite de la stase prolongée des aliments et de leur mauvaise élaboration ; 2° une diminution des fonctions motrices du tube digestif tout entier, gastrostase, coprostase ; 4° un retentissement sur l'état général du sujet, avec prédominence sur tel ou

Digitized by Google

tel système organique, sur le système nerveux, sur le système circulatoire, sur la peau, sur le système osseux, etc.

A chacun de ces résultats correspond une indication thérapeutique spéciale.

1° On remplit la première indication, de relever la puissance digestive des sujets par l'emploi des ferments digestifs. On prescrit la pepsine, la pancréatine, la maltine. Chez les enfants, surtout chez les jeunes, on doit préférer aux élixirs à base d'alcool, la forme de poudre, soit pure, soit mélangée à du sucre ou du sucre de lait ou incorporée à de la confiture.

Selon les cas, on ordonnera la pepsine seule, soit associée le plus souvent à la pancréatine, soit un mélange de pepsine, de pancréatine et de maltine.

L'acide chlorhydrique contribue à ramener les conditions normales d'une bonne digestion. On le prescrit en solution d'une concentration analogue à celle qu'on rencontre dans le suc gastrique, par exemple, comme suit :

| | |
|---|---|
| Acide chlorhydrique.. | 0,30 à 0,40 centigr. |
| Eau distillée..... | 100 grammes. |

L'acide chlorhydrique a de plus des propriétés antiseptiques manifestes.

Comme stimulant digestif, pour favoriser la sécrétion chlorhydrique on prescrit les alcalins une demi-heure environ avant le repas. A cet usage conviennent les eaux bicarbonatées fortes, comme Vals vivaraise (à 9 gr. 22) ou Vals Magdeleine, qui permettent de ne faire absorber que de petites quantités de liquide, une cuillerée à café ou à dessert, une cuillerée à bouche au maximum. Autrement on emploie le bicarbonate en nature, soit en potion sucrée, soit en pastilles, seule ressource chez certains enfants. 10 centigrammes de bicarbonate de soude chez les tout petits, 20 à 30 chez les grands suffisent largement.

2° Contre les fermentations anormales, on peut utiliser simultanément deux moyens : le régime, les antiseptiques. La nature du régime dépend de l'âge du sujet.

Avant deux ans, l'enfant doit recevoir exclusivement en boisson du lait, soit au sein et plus tard de préférence du lait stérilisé, mais surtout une quantité non exagérée de liquide, 3/4 de litre environ en quatre prises régulièrement espacées. Deux plus importantes (midi, 7 h.), deux plus faibles (8 h. du matin, 4 h. du soir), prises lentement par petites gorgées, et rien du tout dans la nuit, ni dans l'intervalle.

Les œufs, les féculents, très cuits, compléteront sa nourriture.

Après deux ans, régime sec, c'est-à-dire surveillé, quant à la réduction des boissons, sans exagération cependant, 1 litre de liquide en boisson par exemple, lait, eau de source, eau d'Alet, de Condillac, après 3 ans, vin blanc vieux très coupé, bière de même.

Viande de bœuf soit crue, hachée, râpée, soit en tranches, grillée, rôtie, cheval, mulet, âne.

Veau rôti, ris, en général pas de mouton. Pas de sauce. Pas de charcuterie, ni autre viande épicée.

Poisson frais et maigre, de mer seulement si l'on habite le bord de mer et qu'on ait le poisson vivant, autrement, poisson de rivière exclusivement, très frais, poisson d'étang à réserver à donner bouilli.

Œufs surtout mollets, pain rassi bien cuit.

Tous les légumes farineux et verts en purée ou avec de la sauce blanche bien liée.

Ni choux, ni choux-fleurs, ni oseille, ni tomates, ni aubergines, ni asperges.

A côté du régime viennent les antiseptiques du tube digestif. Les uns s'adressent à l'estomac, les autres à l'intestin. On obtient déjà l'antisepsie de l'estomac par l'emploi de la solution faible d'acide chlorhydrique, on peut s'en tenir là.

Autrement on peut s'adresser à l'eau chloroformée diluée :

| | |
|---|---|
| Eau chloroformée saturée.. | ãã 125 grammes |
| Sirop de menthe..... | |

Une cuillerée à café ou à dessert après le repas.

Les fluorures ont la propriété de s'opposer aux fermentations provoquées par les bactéries et de laisser intactes celles qui dérivent des ferments non figurés.

Le fluorure de calcium (spath d'Irlande) paraît bien insoluble pour agir dans l'estomac. Je l'ai donné parfois, mais plutôt en vue d'une action dans l'intestin.

M. Albert Robin prescrit le fluorure d'ammonium.

| | |
|---|---|
| Fluorure d'ammonium..... | 0,30 à 0,50 centig. |
| Eau..... | 300 grammes |

Une cuillerée à dessert ou à bouche 2 heures après le repas.

Les alcalins servent aussi à saturer les acides de fermentation gastrique. On fait prendre le bicarbonate seul, la craie seule, ou bien des mélanges, comme le suivant :

| | |
|---|---|
| Magnésie hydratée..... | 7,50 |
| Sous-nitrate de bismuth ..... | ãã 2,50 |
| Craie préparée..... | |
| Bicarbonate de soude..... | 5 gr. |

Pour 30 à 20 prises, cachets, julep, etc. (Alb. Robin), formule modifiable selon les indications et dans les quantités et dans les composants.

Pour assurer l'antisepsie intestinale on emploie surtout les composés de naphtol, le benzo-naphtol, le naphtol bismuth, en poudre à la dose de 1 à 2 grammes selon l'âge de l'enfant, ou bien en suspension dans un julep gommeux.

Il peut y avoir indications de purger. Dans ce cas, le calomel est de tous les purgatifs celui qu'on doit préférer.

S'il y a constipation habituelle, l'huile de ricin à faibles doses, 1/4 à 1/2 ou 3/4 de cuillerée à café se prescrit tous les deux ou trois jours.

3° Pour augmenter la contractilité au tube digestif, on peut s'adresser aux moyens pharmaceutiques et aux moyens mécaniques ou physiques.

Les médicaments dont l'action se porte sur les fibres lisses, comme la noix vomique, l'ipéca se recommandent, soit séparés, soit associés.

Digitized by Google

| | |
|---|---|
| Teinture de noix vomique.... | 5 grammes |
| Teinture d'ipéca..... | 0,20 centig. (en provision) |

Selon l'âge, de une à cinq ou six gouttes avant le repas. Augmenter si besoin, cesser de temps en temps, mais prolonger la médication.

On peut envoyer les enfants un peu grands, les constipés habituels, à Châtel-Guyon, à Plombières, à Brides, à Challes, à Kissingen et les diarrhéiques à Saint-Nectaire.

Comme moyens mécaniques, on peut compter sur la compression à l'aide d'une ceinture de flanelle, sur le *massage abdominal* méthodiquement pratiqué, pendant cinq à six minutes matin et soir.

Les grands *lavements* très chauds ou mieux très froids et copieux à l'eau simple ou boriquée ou naphtolée, font office de douches ascendantes qui excitent la contractilité de l'intestin.

On peut ajouter à ces moyens mécaniques un moyen physique, l'électricité, sous forme de courants galvaniques et de courants faradiques en séances plus ou moins rapprochées.

4° L'état général des jeunes dilatés dyspeptiques fait appel plutôt à l'hygiène qu'à la pharmacologie. Séjour à la campagne à l'air pur, gymnastique et exercice bien dirigés, hydrothérapie froide, bain de mer, constituent les principales prescriptions.

Les complications, congestion hépatique, érythèmes divers, accidents nerveux, circulatoires, rachitisme, etc., font naitre des indications spéciales à chacune de ces affections surajoutées.

D'après la nomenclature ci-dessus, on peut comprendre que nous avons sur la dyspepsie chronique avec dilatation gastro-intestinale des jeunes enfants une action assez efficace.

Toutefois, on ne doit pas oublier que le traitement doit se prolonger un certain temps. De plus, les sujets même en bon état, ne doivent pas être abandonnés, sans recommandations hygiéniques, surtout au point de vue de l'alimentation.

Ils restent, malgré tout, des dilatés effectifs ou en puissance, avec un intestin allongé (Marfan) d'une façon durable. Ils ont une tare; on doit y veiller.

## Formulaire du Praticien

**De la cure chirurgicale pratique des hémorrhoïdes.** — Le nombre des opérations appliquées à la cure des hémorrhoïdes est fort considérable; c'est assez dire qu'elles sont fréquemment inefficaces, aussi notre intention n'est-elle pas de faire une énumération qui ne saurait être que fastidieuse, mais d'appeler l'attention des praticiens sur les deux procédés qu'ils peuvent appliquer eux-mêmes, sans éducation chirurgicale excessive, et sans une instrumentation compliquée. Nous voulons parler de la dilatation forcée de l'anus et de la cautérisation.

La *dilatation forcée de l'anus* a été mise en pratique depuis les belles recherches de Verneuil et Duret sur la circulation veineuse de la région ano-rectale, prouvant le rôle que jouait, dans la production des hémorrhoïdes, la contraction des veines par les anneaux musculaires du rectum. La dilatation, en déchirant les fibres musculaires, rétablit le cours de la circulation et produit la guérison. Que la dilatation se fasse avec les deux pouces introduits dans le rectum et violemment écartés l'un de l'autre, ou avec un instrument spécial, sorte de speculum à trois valves, c'est une opération des plus simples et sur laquelle il est inutile d'insister; faisons remarquer cependant que la douleur à laquelle elle donne lieu nécessite l'emploi du chloroforme.

Cependant, il semble qu'après avoir généralisé l'emploi de la dilatation anale, on l'ait presque abandonnée. « Il en est résulté, dit le professeur Duplay (1), une réaction en faveur des procedés chirurgicaux, qui, elle aussi, a dépassé le but. Les indications, cependant, me semblent faciles à poser et doivent être tirées principalement de l'état du sphincter ». Suivant donc que ce dernier sera contracturé ou relâché, on aura recours à la dilatation forcée ou à la cautérisation qu'on emploiera également dans les cas d'insuccès de la dilatation anale.

Les procédés de *cautérisation* sont des plus variés, et si nous décrivons ici celui du professeur Duplay, c'est qu'en réalité il est à la fois très simple et très pratique. L'arsenal chirurgical se compose uniquement d'une grande aiguille courbe, de fils d'argent et du thermo-cautère : aux quatre points cardinaux de l'anus, on embroche les hémorrhoïdes les plus saillantes. On prend bien soin de ne pas toucher à la peau, de passer seulement sur ses limites avec la muqueuse et de ressortir au centre de l'anus. La tumeur hémorrhoïdale peut être ainsi soulevée par l'anse que forme le fil d'argent et isolée des parties voisines. Le thermo-cautère étant chauffé au rouge sombre, pour éviter les hémorragies, on détruit tout le bourrelet hémorrhoïdal sus-jacent au fil d'argent, en le brûlant et en le disséquant, sans toucher à la peau profondément. On agit de même sur les quatre points embrochés; de cette façon, on ménage des ponts de muqueuse qui hâteront la cicatrisation et s'opposeront à un rétrécissement consécutif.

Il y a des cas, pourtant, où le thermo-cautère devra s'attaquer à la peau : l'indication se présente, lorsque le sphincter anal est très relâché et que le bourrelet hémorrhoïdal est constamment au dehors. La cautérisation, en amenant alors un certain degré de rétrécissement, s'opposera au prolapsus de la muqueuse rectale.

Cette opération, ainsi qu'on le voit, est des plus simples et peut être pratiquée par tous; les suites en sont absolument nulles et il n'y a pas jusqu'à la suppuration qui n'ait son utilité, puisqu'elle permet une cicatrisation plus solide. — L. Floersheim.

(1) G. Duplay, *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1897.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de l'impetigo.** — L'impetigo étant une affection inoculable et auto-inoculable, il convient de prendre des mesures prophylactiques sévères sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Comme l'impetigo se développe parfois chez des sujets qui ont commis des écarts de régime, il est alors indiqué d'administrer des laxatifs et de soumettre le malade à un régime alimentaire sévère. Si l'enfant présente les caractères extérieurs du lymphatisme, on devra ordonner l'emploi à l'intérieur de la liqueur de Donovan, du sirop d'iodure de fer, du sirop iodotannique, de l'huile de foie de morue. Si l'impetigo a tendance à se compliquer d'eczématisation, instituer un régime alimentaire des plus sévères.

Comme pour l'ecthyma, dit M. Brocq (*Traité de thér. appliquée*), on doit quand il s'agit d'impetigo, 1° déterger les surfaces atteintes ; 2° panser les lésions produites.

Les moyens de détersion consistent en pulvérisations avec de l'eau boriquée tiède, en l'application de cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de farine de graine de lin déshuilée faite avec de l'eau boriquée, et que l'on change toutes les deux heures en lotionnant chaque fois avec de l'eau de têtes de camomille ou de sureau boriquée ; ou bien en enveloppements avec des compresses trempées dans de l'eau de son, additionnée d'acide borique et recouverte d'un protective. Lorsque le suintement est trop abondant, et les croûtes trop épaisses, on emploiera les compresses imbibées de décoction de racines d'aunée ou de feuilles de noyer boriquées.

Quand les parties malades sont bien détergées, on emploiera les pommades boriquées ou des lotions astringentes (eau de feuilles de noyer boriquée, eau d'Alibour, solution de nitrate d'argent). Si les téguments s'irritent, on fait alterner ces pansements avec des applications émollientes. S'il est nécessaire, les vésicules et les vésicopustules seront soigneusement ouvertes avec une aiguille flambée, vidées et lavées avec de l'ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée.

En somme, quand les croûtes ont été détachées, si les surfaces malades sont suintantes et un peu enflammées, M. Brocq conseille 1° de nettoyer matin et soir d'abord avec de la vaseline boriquée pour enlever plus facilement les divers topiques qui ont été appliqués antérieurement, puis avec de l'eau de camomille boriquée ; 2° d'appliquer ensuite une pommade renfermant un gramme d'acide borique porphorisé, 3 grammes d'oxyde de zinc pour 16 grammes de vaseline ; on poudre par-dessus cette pommade avec de la poudre d'amidon pour la faire tenir. Si les téguments s'irritent, on diminue la dose d'acide borique, et on applique de temps en temps des cataplasmes. Si l'acide borique est bien supporté et que l'on veuille hâter la guérison, on double la dose d'acide borique contenue dans la pommade.

Si les pommades boriquées restent inefficaces on peut employer, ou bien, 1° l'eau d'Alibour coupée de trois fois son volume d'eau ; 2° une solution de nitrate d'argent au 1/30 ou même plus forte suivie de l'application de pommade à l'oxyde de zinc ; 3° une pommade au calomel (1/10 à 1/40) ; 4° une pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre (1/20 à 1/40) ; 5° ou bien dans les cas rebelles la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Oxyde jaune d'hydrargyre | 0,50 à 1 gr. |
| Huile de cade | 1 à 4 gr. |
| Savon noir | q. s. pour émulsionner l'huile |
| Vaseline pure | 20 grammes. |

Vidal préconisait l'emplâtre rouge, ou la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Minium | 2,50 centigr. |
| Cinabre | 1,50 centigr. |
| Onguent diachylum } | ãã 13 grammes. |
| Huile } | |

On a successivement vanté les lotions phéniquées, les lotions au sublimé, les pommades boriquées à l'onguent de Vigo. Dubreuilh préconise la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Vaseline } | ãã 50 grammes. |
| Axonge } | |
| Oxyde de zinc | 20 grammes. |
| Acide salycilique | 2 grammes. |
| Acétate de plomb cristallisé | 1 gramme. |

Sur le cuir chevelu, la vaseline boriquée, et surtout la pommade à l'oxyde jaune donnent d'excellents résultats. Lorsque l'impetigo, après sa guérison, laisse quelques pigmentations brunes, il faut conseiller au malade de mettre le soir, jusqu'à leur disparition la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Calomel | 1 à 2 gr. |
| Oxyde de zinc | 4 grammes. |
| Vaseline pure | 20 grammes. — M. D. |

## MÉDECINE

**Infections pulmonaires liées à des lésions du système nerveux.** — Expérimentalement, Schiff et Brown-Séquard avaient remarqué que des lésions portant sur la couche optique et le corps strié retentissent d'une façon presque constante sur les viscères, en particulier sur le poumon. Plus tard, Nothnagel montra que la piqûre de la surface convexe des hémisphères provoque chez le lapin des hémorragies pulmonaires, parfois étendues à tout le poumon. Les expériences de Navarre aboutissent à des résultats analogues. On donna l'explication de ces phénomènes morbides en invoquant des troubles vaso-

Digitized by Google

moteurs d'origine cérébrale, mais l'explication ne suffit plus le jour où l'on constata qu'à ces lésions d'ordre purement physiologique pouvaient s'en ajouter d'autres plus complexes, d'ordre pathologique, des lésions de nature infectieuse (*Meunier*, *Th. Paris* 1896). Piccinino opérant la section des corps restiformes, observa des pneumonies siégeant du même côté que la lésion bulbaire. D'autres auteurs observèrent des faits analogues, et l'expérimentation prouve nettement qu'on peut observer des infections pulmonaires consécutives à des lésions du système nerveux central.

Cliniquement, la question a été abordée depuis de longues années, c'est sur la tuberculose pulmonaire que l'attention s'est principalement portée, et de nombreux auteurs ont signalé la coïncidence de la phtisie et des lésions de l'encéphale. Schrœder van der Kolk, Engel, etc., etc. ont signalé la fréquence de la phtisie chez les malades atteints d'affections encéphaliques, et cette notion était devenue si commune que Clifford, Albutt et Clouston considéraient la tuberculose comme une *névrose trophique*. La connaissance du bacille de Koch, tout en détruisant cette théorie, n'a pas détruit le fait. « Elle n'a pas, dit Meunier, détruit le fait bien observé, que la tuberculose frappe avec une remarquable fréquence les individus dont le système nerveux central est altéré dans sa structure ou dans ses fonctions. »

En ce qui concerne la pneumonie, on a également beaucoup insisté sur le rôle que pouvait jouer l'action nerveuse dans leur développement ou leur évolution ; de même, la fréquence de la gangrène pulmonaire au cours des affections des centres nerveux n'a pas manqué d'attirer l'attention des observateurs. Hillairet la signale comme une conséquence de l'hémorragie cérébrale, et depuis, Walshe, G. Sée ont insisté sur ce fait. D'après Meunier, toute lésion assez grave ou assez étendue des centres nerveux pour provoquer une perturbation dans l'innervation périphérique viscérale peut être mise en cause dans la pathogénie de certaines infections pulmonaires. Aussi, cet auteur répartit en deux groupes, d'inégale valeur au point de vue démonstratif, les faits qui établissent l'influence du trouble nerveux sur le désordre pulmonaire, les *lésions unilatérales* et les lésions bilatérales des centres.

Dans les traumatismes cérébraux, la perturbation produite sur l'appareil circulatoire modifie la nutrition et la défense de l'organe pulmonaire et, sur ce terrain mis en état de réceptivité, l'infection s'installe facilement. Dans la thèse de Navarre, on trouve signalés quelques faits dans lesquels se réalise l'infection pulmonaire par lésion cérébrale. L'influence du système nerveux sur le désordre viscéral est nettement affirmée par ce fait que le rapport des lésions est croisé, que l'infection pulmonaire a frappé l'organe dysnervé, situé du côté opposé à la lésion cérébrale.

Dans l'hémorragie cérébrale, le même phénomène se produit sur un total de 19 observations rapportées par Meunier, 17 fois les lésions pulmonaires siégeaient du côté opposé à l'épanchement sanguin, c'est-à-dire du côté paralysé ; une fois les lésions pulmonaires étaient bilatérales avec prédominance du côté de l'hémiplégie ; une seule fois, elles étaient directes ; de telle sorte que la loi de Rosenbach se vérifie, à savoir que : « Les affections aiguës du poumon chez les hémiplégiques atteignent toujours le côté paralysé. » Les modalités infectieuses sont variables, la pneumonie est la plus fréquente, 8 fois, puis viennent la broncho-pneumonie, la gangrène pulmonaire, la pleurésie.

Les mêmes observations ont été faites à propos du ramollissement cérébral.

Dans les affections cérébro-spinales à lésions diffuses ou bilatérales, l'influence du trouble nerveux est moins facile à suivre. Toutefois, la fréquence des lésions pulmonaires rencontrées à l'autopsie des paralytiques généraux permet de présumer que ces lésions sont en rapport avec une action directe du système nerveux malade sur l'appareil pulmonaire. Bianchi a donné de ces lésions la pathogénie suivante : pour lui, l'infection des poumons dépend d'un trouble de l'innervation pulmonaire, et ce trouble est mis hors de doute par les altérations que revèle l'examen histologique des nerfs pneumogastriques, altérations de névrite dégénérative.

Dans la sclérose en plaques, Trousseau avait déjà remarqué la prédisposition à la phtisie ou à la broncho-pneumonie tuberculeuse ; Charcot a confirmé le fait ; l'influence nerveuse dans ces cas n'est pas définissable, elle ne paraît pas résulter de l'action directe d'une lésion centrale sur le poumon, mais elle peut être mise sur le compte de la cachexie nerveuse qui trouble l'innervation de tout l'organisme et le met en état de moindre résistance.

Barthez et Sanné ont insisté à plusieurs reprises sur la fréquence des infections pulmonaires chez les enfants atteints d'affections chroniques du cerveau. Dans l'hydrocéphalie chronique, dans l'atrophie ou l'hypertrophie cérébrale, les enfants succombent souvent à une complication pulmonaire : pneumonie, bronchopneumonie, tuberculose. On sait aussi que les idiots paient un large tribut à la tuberculose pulmonaire.

Le ramollissement protubérantiel unilatéral (Bennett), le ramollissement du cervelet (Fabre), les lésions de la moelle peuvent également prédisposer aux infections pulmonaires, de même d'ailleurs que les intoxications des centres nerveux, et on sait que Déjerine a publié un cas de névrite alcoolique de vague avec mort par pneumonie. D'ailleurs, les alcooliques, les saturnins, et tant d'autres intoxiqués paient un lourd tribut à la phtisie. Il n'est pas jusqu'à la paralysie diphtérique généralisée qui ne se termine par la tuberculose pulmonaire, et, en terminant on est en droit de se demander avec Mays si on ne doit pas invoquer dans une certaine mesure l'atteinte qu'a subie le système nerveux pour expliquer la grande fréquence de

Digitized by Google

la bacillose à la suite de la grippe, cette infection zymotique qui frappe toujours si énergiquement le système nerveux. — M. D.

## OPHTALMOLOGIE

### Traitement des inflammations de l'orbite

Les maladies inflammatoires de l'orbite comprennent le phlegmon, la thrombo-phlébite orbitaire, les deux formes d'ostéo périostite, aiguë et chronique, enfin la ténonite ; dans cette dernière affection, un peu spéciale, le processus inflammatoire porte seulement sur la bourse séreuse qui enveloppe la moitié postérieure du globe de l'œil et lui constitue une sorte d'articulation.

A. Phlegmon. Thrombo phlébite. Ostéo-périostite aigue

Le traitement du phlegmon et de la thrombo-phlébite, celui de l'ostéo-périostite aiguë, est à quelque différence près le même, aussi ces trois affections orbitaires peuvent-elles être groupées ensemble. La ressemblance se poursuit d'ailleurs au point de vue des symptômes aussi bien que des origines, et nous devrons insister ici surtout sur les caractères qui permettent de les distinguer entre elles.

L'*ostéo-périostite* et le *phlegmon*, aussi bien l'une que l'autre, peuvent provenir d'une infection générale ou d'une lésion locale infectieuse de voisinage, mais le premier cas est plus ordinaire dans l'ostéo-périostite, tandis que le phlegmon le plus souvent, est le produit d'une infection localisée telle qu'une dacryocystite qui a été ouverte, une plaie septique de la région sourcilière, par exemple, un érysipèle voisin. Quand l'ostéo-périostite aiguë provient d'une lésion du voisinage, c'est assez fréquemment d'une suppuration, d'un sinus et surtout d'un sinus frontal; ceci est au contraire assez rare dans le phlegmon.

Les symptômes de ces deux affections, quand elles offrent le même caractère d'acuité, sont aussi assez semblables, surtout au point de vue des signes subjectifs. La maladie débute par un frisson, de la fièvre, une douleur vive et lancinante dans l'orbite et qui gagne toute la tête ; puis survient de la prostration et du délire dans les cas graves et vers la fin. Objectivement, on observe un gonflement marqué des paupières qui deviennent tendues et luisantes lorsque la suppuration tend à l'extérieur, puis un chémosis conjonctival assez marqué, mais *sans sécrétion de la muqueuse*.

Le phénomène principal et aussi le plus important parce qu'il permet de distinguer entre le phlegmon orbitaire simple et l'ostéo-périostite de l'orbite, est l'exorbitis. C'est d'abord une simple et faible protrusion du globe qui devient peu à peu une exophtalmie plus ou moins accentuée; mais dans le phlegmon, la protrusion est directe, et l'œil est projeté droit en avant et immobilisé, tandis que dans l'ostéo-périostite, elle est latérale et le globe se trouve déjeté sur le côté.

Dans le phlegmon, on voit assez rapidement se produire un point de fluctuation, au niveau de la paupière supérieure le plus souvent; ceci est plus rare dans l'ostéo-périostite, ou le foyer de suppuration reste en profondeur.

La *thrombo-phlébite orbitaire* peut se confondre à certains égards avec le phlegmon, mais son origine première en est toutefois bien différente. Dans le phlegmon, il s'agit d'une infection du tissu cellulaire cutané ou profond, ou encore du réseau lymphatique qui aboutit à l'orbite ; dans la thrombo-phlébite, l'infection provient uniquement des veines.

On a distingué quelquefois entre la thrombose du sinus caverneux, qui suppose une infection venant de l'intérieur du crâne, et la phlébite de la veine ophtalmique, qui comprend les cas dans lesquels la lésions infectieuse atteint les rameaux terminaux de cette veine. Or ces deux affections finissent par n'en faire qu'une seule, puisque la thrombose du sinus caverneux s'étend à la veine ophtalmique et que la phlébite de cette veine gagne le sinus caverneux, où elle produit de la thrombose. Les symptômes en sont identiques, au moins à la période d'état et nous nous rallions complètement à la manière de voir de M. Panas qui réunit ces deux types cliniques dans une même description, sous le nom de thrombo-phlébite orbitaire.

La thrombo-phlébite orbitaire est donc occasionnée par une altération primitive des veines, et c'est en cela qu'elle se distingue du phlegmon. Les lésions qui la causent sont aussi plus éloignées de l'orbite que celles qui occasionnent la cellulite orbitaire, laquelle aboutira de suite au phlegmon. C'est ainsi que toutes les ulcérations de l'orifice buccal, nasal et aussi palpébral, peuvent donner lieu à la phlébite de la veine ophtalmique; cette complication est particulièrement à redouter, on le sait, dans l'anthrax de la face. De plus, la phlébite primitive du sinus caverneux, quand l'affection commence par la profondeur, ne permet guère de confusion avec le phlegmon. Ici l'altération originelle est habituellement une lésion suppurative de la trompe d'Eustache ou des cellules mastoïdiennes, et ceci ne se rencontre pas dans l'étiologie du phlegmon de l'orbite.

En pareil cas, d'ailleurs, les symptômes initiaux de la maladie sont d'une gravité caractéristique, et l'on note surtout une disproportion marquée des phénomènes cérébraux vis-à-vis des signes extérieurs. La céphalalgie est extrême, il y a du délire et même des manifestations de paralysie sans que les lésions orbitaires soient en rapport avec un état aussi grave. De plus, et, fait plus important encore pour le diagnostic, en cas de thrombose initiale du sinus, et en raison de la présence en ce point du sinus coronaire. on observe de l'exophtalmie des deux côtés alors que le phlegmon est toujours unilatéral.

Cette bilatéralité de la lésion ne s'observe pas toutefois au début, lorsque la phlébite commence par la veine oph-

Digitized by Google

talmique et provient d'une lésion siégeant à la face. Dans ce cas, il est parfois difficile de distinguer la phlébite orbitaire du phlegmon, et d'ailleurs le fait a peu d'importance au point de vue du traitement, qui, pour le cas particulier, sera le même dans les deux circonstances.

*Traitement.* — Le traitement de la forme franche et aiguë de l'ostéo-périostite aussi bien que du phlegmon consistera dans l'ouverture précoce du foyer de suppuration. Dans le phlegmon, on attaquera l'abcès dans le point le plus fluctuant ; pour atteindre le foyer suppuré de l'ostéo-périostite, il faudra suivre la paroi osseuse. Après ouverture, drainage et irrigations antiseptiques dans les deux cas.

Toutefois, au début, avant que le pus ne soit formé et si l'on peut conserver l'espoir d'enrayer la marche du processus inflammatoire, on emploiera la même médication résolutive dans les deux cas : onctions répétées à l'onguent napolitain belladonné, calomel à l'intérieur, compresses antiseptiques et froides sur la conjonctive exposée à l'air et enflammée. Une ou deux applications de sangsues calment bien les douleurs si l'affection n'offre qu'un caractère moyen de gravité. Il arrive quelquefois que les phénomènes rétrocèdent sans aller jusqu'à la suppuration.

Dans certains cas, non d'ostéo-périostite mais de phlegmon, l'infection du tissu celluleux orbitaire se montre d'une nature si sérieuse qu'elle se révèle comme un phlegmon gangréneux septicémique. Le fait se voit surtout dans les inflammations qui suivent une plaie de la paupière ou du sourcil, très infecté.

Les symptômes prennent alors une allure rapide et très grave avec un gonflement énorme de toute la région et même de la joue ; des eschares se forment, et le malade succombe ordinairement très vite avec des signes de septicémie aiguë. En pareil cas, il ne suffit plus de débrider le foyer purulent, même largement. Il faut enlever le globe de l'œil, d'ailleurs ordinairement perdu, pour pouvoir pénétrer facilement dans la cavité orbitaire ; on détruira autant que possible ensuite tout le tissu nécrosé et infiltré, par de larges et profondes applications de cautère actuel.

Dans le cas de thrombo-phlébite, on s'efforcera de neutraliser vigoureusement le foyer infectieux, puis on débridera les parties infiltrées ou ramollies. On se trouvera bien aussi de pratiquer dans les tissus infiltrés de l'orbite de ces injections stérilisantes phéniquées que Verneuil conseillait de faire dans les parties œdémateuses de la pustule maligne.

Lorsque ce sont les signes particuliers de la thrombose du sinus caverneux qui ouvriront la scène, aucune intervention chirurgicale n'a de raison d'être, sinon sur les parties qui ont causé l'accident, c'est à-dire sur la trompe d'Eustache, les cellules mastoïdiennes ou le rocher. La trompe d'Eustache pourra être insufflée ou irriguée, et les parties osseuses ouvertes par la trépanation.

Dans tous les cas de thrombo-phlébite orbitaire, le traitement interne doit occuper une certaine place, car l'état général est toujours plus ou moins gravement atteint. Même certains cas de thrombo-phlébite, dits alors marastiques, relèvent directement d'une dyscrasie arrivée à sa derniere période, telle que l'alcoolisme, le diabète, l'albuminurie, la tuberculose. Il est naturellement indiqué de donner tous ses efforts à combattre l'affection générale qui est la cause déterminante de la phlébite. En dehors de ces dyscrasies nettement établies, l'état général fâcheux des malades atteints de thrombo-phlébite orbitaire sera relevé par l'administration de toniques.

### B. OSTÉO-PÉRIOSTITE ORBITAIRE CHRONIQUE

L'ostéo-périostite orbitaire chronique ne pourrait être confondue avec le phlegmon ni avec les autres affections précédentes. La maladie procède, en effet, sans éclat inflammatoire, avec une grande lenteur et c'est pour une tumeur profonde de l'orbite et même pour une tumeur solide qu'elle pourrait plus facilement être prise. Les erreurs de diagnostic de ce genre sont fréquentes, et quelques-unes sont célèbres, comme celles du maréchal de Radetsky, dont l'histoire est rapportée dans Mackenzie. L'ostéo-périostite chronique offre donc tous les signes extérieurs d'une tumeur profonde et elle ne s'en distingue que par des douleurs exacerbantes, souvent nocturnes, qui sont précieuses pour le diagnostic, et n'appartiennent pas ordinairement au tableau clinique des néoplasmes de l'orbite. Donc, pas de réaction inflammatoire de la peau des paupières, pas de chémosis, sensation d'une tumeur profonde et plus ou moins rénitente au toucher, parfois une dilatation marquée des veines de la peau comme dans les néoplasmes. C'est la ponction ou l'incision exploratrice avec un bistouri à lame longue et étroite qui permet le plus souvent de faire le diagnostic.

*Traitement.* — Quant au traitement, et même au traitement opératoire, il sera varié suivant la cause de l'ostéo-périostite.

Lorsque la syphilis est la cause, on pourra obtenir une guérison complète de la maladie par le simple fait du traitement spécifique vigoureusement institué. Les injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre à 1 p. 100 à la dose de 1 gramme tous les deux jours ou tous les jours de la solution (0 gr. 01 de médicament), sont d'une application très commode et exempte de dangers. On pourra recourir aussi aux injections de calomel (0 gr. 05 ou 0 gr. 07 de calomel dissous dans 1 gramme de vaseline liquide) pratiquées tous les huit jours dans la profondeur des tissus de la région fessière. Ce procédé est d'une application moins simple ; il demande à être mis en action avec une rigueur d'antisepsie absolue ; le médicament doit être très pur et très frais, et cependant les accidents ne sont pas rares. Les frictions hydrargyriques ordinaires sont aussi très efficaces.

Si la collection ostéo-périostique est de nature tuberculeuse, on devra recourir aussi au traitement général spécifique et surtout aux injections sous-cutanées de gaïa-

Digitized by Google

col. Toutefois, ici, le traitement local devient nécessaire, et il doit être radical. Le foyer tuberculeux sera ouvert et le tissu osseux malade enlevé complètement à la curette. On bourrera ensuite la cavité de l'abcès osseux avec de l'iodoforme.

Dans le cas où l'ostéo-périostite chronique reconnaîtrait pour origine un empyème d'un sinus du voisinage, il conviendrait, une fois le foyer d'ostéo-périostite ouvert et curetté, de traiter par la trépanation et le drainage la sinusite qui a été l'origine des accidents. Le sinus qui est ordinairement en cause ici est le sinus frontal, et la guérison de l'empyème de ce sinus peut être obtenue, soit par trépanation directe au niveau de la tête du sourcil, soit par le cathétérisme des voies naturelles ainsi que le préconisent les rhinologistes, soit, suivant M. Panas, par une combinaison des deux procédés. — Dr Valude, *médecin oculiste des Quinze-Vingts.*

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 18 mai 1897*

**Maladie de Reichmann.** — M. Hayem attire l'attention sur une affection de l'estomac qui intéresse aussi bien le médecin que le chirurgien et qui a été peu étudiée en ces derniers temps. Reichmann, en 1882, après avoir lavé l'estomac d'un malade le soir, trouva le lendemain, à jeun, dans l'estomac, une assez grande quantité de liquide qu'il jugea avoir été sécrétée pendant la nuit. Le fait se reproduisit d'ailleurs plusieurs jours de suite.

Cinq ans après, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas analogues, il donna à cette hypersécrétion gastrique à jeun le nom de gastrosuccorrhée et en distingua deux formes : l'une périodique survenant par accès et dans laquelle il fit rentrer les vomissements tabétiques, les crises gastriques des hystériques, les vomissements périodiques de Leyden, le gastroxynsis de Rossbach ; et l'autre continue avec des périodes atténuées.

En France, Bouveret et Devic reprirent la question et voulurent faire de cette hypersécrétion gastrique à jeun la manifestation d'une maladie nouvelle qu'ils appelèrent maladie de Reichmann et à laquelle ils reconnurent aussi deux formes : l'une intermittente, l'autre permanente. Ils donnaient comme cause à cette maladie une hyperexcitation du système nerveux.

Or, les malades atteints de cette affection présentent certains symptômes particuliers. Ce sont, en général, de grands dilatés, chez lesquels on note de violentes douleurs paroxystiques à l'épigastre. Les vomissements sont fréquents et le malade les provoque par l'introduction des doigts dans la bouche, car il paraît en éprouver un soulagement.

Ces vomissements contiennent des débris de matières alimentaires non digérés et datant quelquefois de plusieurs jours ; ces expulsions d'ingestats mal digérés sont parfois considérables et peuvent dépasser un litre ou un litre et demi.

Quant au liquide caractéristique de la maladie qu'on trouve dans l'estomac à jeun, c'est un liquide clair, limpide, plus ou moins coloré par la bile, contenant un excès d'acide chlorhydrique et où on retrouve toujours des matières alimentaires. Sa quantité est souvent considérable et peut atteindre 2 à 400 c. c.

Pour M. Hayem, la cause de cette affection est toujours un obstacle matériel à l'évacuation au niveau du pylore et le liquide gastrique serait un liquide de rétention et non de sécrétion.

Il rappelle l'observation d'un malade atteint d'hypersécrétion matinale à jeun et dont l'autopsie révéla un obstacle mécanique au niveau du pylore par accollement de l'estomac au foie sous l'influence d'une périgastrite et effacement de la lumière du pylore.

Il mentionne un cas de maladie de Reichmann publié par Mathieu où l'autopsie montra un obstacle pylorique.

Quant à la cause de l'obstacle, elle est variable : ulcère siégeant près du pylore, périgastrite consécutive à un ulcère siégeant dans un point quelconque de l'estomac, affection des voies biliaires ainsi que l'a montré une femme qui présentait le syndrôme de Reichmann en même temps que des crises de coliques hépatiques et dont les symptômes s'atténuèrent à la suite du rejet de plusieurs calculs biliaires dans un effort de vomissement.

La cause vraie de la maladie est donc un obstacle à l'évacuation du contenu gastrique et non pas une hypersécrétion de l'estomac.

D'autre part, si on laisse de côté les cas de maladie de Reichmann dus à la sténose du pylore, il y a encore un certain nombre de faits dans lesquels les symptômes sont un peu différents.

Dans ces cas, les malades sont peu ou pas dilatés ; l'estomac contient du liquide le matin à jeun, d'une manière constante mais en petite quantité, 100 cc. au plus : ce liquide ne contient que des résidus microscopiques que l'on peut reconnaître comme alimentaires, mélangés à de la bile : les vomissements sont rares, jamais le malade ne les provoque. Les digestions sont pénibles, douloureuses, aussi le malade mange-t-il peu, et choisit-il avec soin ses aliments.

La cause de ces symptômes était difficile à dire, car la durée et la permanence des accidents devaient faire rejeter l'hypothèse de spasme : l'anatomie pathologique donna la clef de l'étiologie : un malade présentant ces symptômes à un haut degré fut gastrostomisé et mourut ; à l'autopsie on ne trouva aucun obstacle pylorique, aucune sténose et un estomac à peine dilaté, mais le duodénum était dilaté dans sa deuxième et sa troisième position et présentait à ce niveau une vraie poche pleine de liquide : probablement, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, devait exister une sténose.

Dans un autre cas, un malade présentant les mêmes

Digitized by Google

symptômes fut gastro-entérostomisé : on trouva une bride duodénale très résistante ; il mourut et on remarqua une dilatation duodénale avec phénomènes de péritonite localisés autour du duodénum : là encore il devait y avoir une sténose duodénale compréhensible par la forme coudée de l'organe.

Dans ces cas, il y aurait donc une rétention sous-pylorique, duodénale, à symptômes un peu différents de la rétention pylorique mais de même nature. Ici encore, c'est d'une rétention qu'il s'agit.

Il peut exister d'ailleurs des cas de spasme où le phénomène nerveux est seul en jeu. Le diagnostic est facile à faire.

C'est surtout avec le cancer qu'on devra le faire, cette affection produisant la grande majorité des sténoses pyloriques, mais alors il y a hypochlorhydrie, le liquide résiduel est peu abondant, épais, d'odeur infecte, et contient du sang et des débris alimentaires au lieu que dans la maladie de Reichmann le liquide est clair, limpide, coloré par la bile et contient un excès d'acide chlorhydrique dû à de l'hyperchlorhydrie par rétention.

On peut donc facilement distinguer la sténose d'origine cancéreuse ou non.

L'évolution est en général lente sans tendance à la guérison : les sténosés sont des infirmes qui s'amaigrissent par dénutrition et arrivent à un grand degré de cachexie où une tuberculose secondairement greffée sur leur maladie les emporte rapidement.

Le traitement médical consiste surtout dans l'évacuation de l'estomac par les lavages : s'il est longtemps suffisant, lorsque l'amaigrissement progresse rapidement, que les symptômes douloureux s'accentuent, que la tuberculose est menaçante il faut recourir au traitement chirurgical seul efficace. D'après les résultats obtenus, la meilleure opération paraît être la gastro-entérostomie.

M. Robin rappelle qu'il est le défenseur de la théorie du spasme pylorique, dont il soutiendra la cause dans la prochaine séance. Il veut seulement relever certains points de la communication de M. Hayem.

D'abord, le rapport causal entre l'obstacle pylorique et la maladie de Reichmann n'est pas un fait nouveau, car Doyen a publié, il y a plusieurs années, un ouvrage sur ce point.

La sténose sous-pylorique est également un fait connu depuis le travaux de Glénard, Boas, Hochhauss.

La maladie serait inguérissable, d'après M. Hayem ; le fait est vrai s'il s'agit d'une sténose due à un obstacle matériel, mais dans les cas de spasme il y a guérison possible ; or, le diagnostic causal entre l'obstacle matériel et le spasme est extrêmement difficile.

Un moyen chimique pourrait cependant permettre de poser ce diagnostic, c'est le dosage comparatif de l'azote des ingestats et de l'azote contenu dans les urines et les matières fécales. Normalement, la quantité d'azote doit être au moins égale dans les ingestats et dans les excrétions. S'il y a, au contraire, sténose vraie, 50 0/0 de l'azote ingéré ne se retrouve pas dans les urines et les selles. Dans ce cas, l'opération serait donc indiquée, puisqu'il y aurait obstacle mécanique.

Pratiquement, grâce aux tables de Kœnig, on pourrait facilement connaître la quantité d'azote des aliments ingérés et, d'autre part, le dosage de l'azote des excréments est facile à faire. Ce serait donc là un moyen sûr de diagnostic.

M. Hayem. — Les spasmes sont connus et existent réellement, mais ils ne sont pas en discussion. Les faits rapportés sont dus à des rétentions gastriques que des pièces anatomiques ont montrées dues à des sténoses matérielles. C'est la première fois qu'on apporte des faits anatomo pathologiques confirmant la théorie de la sténose vraie.

M. Ollier (de Lyon) présente une série de pièces osseuses radiographiées se rapportant à des résections ou à des greffes osseuses qu'il a pratiquées. Ce sont d'abord deux cas d'ablation du tibia et de l'astragale : 28 centimètres dans un cas, 22 centimètres dans l'autre, ont été enlevés, il y a neuf ans. Les malades sont guéris et peuvent marcher. Or, les photographies révèlent que 26 centimètres d'os dans le premier cas, 18 dans le second se sont régénérés ; l'astragale ne s'est pas reproduit, mais il y a eu production d'une masse ostéo-fibreuse avec ascension du calcaneum.

Un autre cas se rapporte à une ostéomyélite de l'astragale et du calcaneum avec fistules multiples : au lieu d'amputer, il fit l'ablation de l'astragale et l'évidement du calcaneum. Il se produisit de l'os nouveau, plus gros, inégal, sinueux qui reforma une articulation utilisable, ainsi que le montrent les photographies.

Un quatrième cas se rapporte à une perte de substance osseuse du tibia de 16 centimètres au moyen d'une greffe osseuse et d'un appareil de contention, après plusieurs désunions partielles, la guérison fut obtenue. La radiographie montre que l'os est rugueux, irrégulier, plus gros que l'os normal.

M. Péan admet la propriété réparatrice de l'os transplanté mais il rappelle plusieurs cas qu'il a présentés autrefois à l'Académie et où il a employé des moules qu'il a introduits dans les brèches osseuses, après avoir soigneusement gardé le périoste et où il a obtenu de bons résultats. Pour lui le corps étranger ou l'os, même s'il se nécrose, a pour principal effet d'exalter la propriété ostéogénique du périoste.

M. Ollier connaissait les moules intra-osseux qu'il a employés, mais, dans certains cas, il préfère l'os transplanté.

M. Blanchard fait une communication sur un pseudo-helminthe, le gordius, ver de 20 à 30 centimètres qui vit dans l'eau et qui, lorsqu'il est ingéré, provoque des troubles gastriques, anémiques et hystériformes. Il présente un de ces gordius à l'Académie.

**Election.** — Il a été procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Etaient présentés : en première ligne, Rendu ; en deuxième ligne, Joffroy ; en troisième ligne, Troisier ; en quatrième ligne *ex æquo*, Chauffard, Gaucher, Pierre Marie.

M. Rendu a été élu par 56 voix au premier tour contre Joffroy, 1 voix ; Troisier, 9 voix ; Chauffard, 3 voix ; Gaucher, 1 voix ; Pierre Marie, 1 voix, sur 76 votants.

La rédaction du *Journal des Praticiens* félicite chaleureusement son éminent collaborateur M. Rendu de cette nomination si justement méritée.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 14 mai 1897*

**Insuffisance tricuspidienne par valvulite rhumatismale primitive.** — M. Chauffard présente un homme de 48 ans, atteint d'insuffisance tricuspidienne primitive de nature rhumatismale. La première attaque de rhumatisme eut lieu à l'âge de 23 ans, et dura trois semaines ; six mois après, apparurent le premiers troubles cardiaques ; palpitations, dyspnée d'effort. A 33 ans, il eut une nouvelle crise à la suite de laquelle les troubles fonctionnels s'accentuèrent : phénomènes légers d'hyposystolie, œdème malléolaire, essoufflement facile, disparaissant par le repos. Lorsqu'on l'examine, on ne trouve pas de voussure précordiale ; la matité cardiaque est normale ; le cœur n'est donc ni hypertrophié, ni dilaté. A l'auscultation, on perçoit un gros souffle rude, systolique et coïncidant comme début avec le choc de la radiale ; son maximum se localise sur une surface grande comme une pièce de cinq francs et située à la base de l'appendice xiphoïde, en plein foyer tricuspidien. A mesure qu'on s'éloigne de ce foyer, soit en remontant le long du sternum jusqu'au foyer aortique, soit en se portant horizontalement en dehors vers le foyer mitral, le souffle s'atténue progressivement et disparaît.

Le système veineux périphérique fonctionne d'une manière normale ; mais au niveau du foie il existe un pouls veineux hépatique léger. Le foie, dans la position verticale, dépasse un peu le rebord costal, au-dessous duquel la main perçoit une légère pulsation qui semble systolique.

La nature organique du souffle cardiaque ne peut être contestée. Ses caractères physiques, sa constance, l'absence de toute modification dans les différentes positions données au malade, enfin l'existence de troubles fonctionnels cardiopathiques en sont autant de preuves. De plus, les caractères du souffle, fournis par l'auscultation, établissent son origine tricuspidienne. Il est donc rationnel d'admettre que, lors de la première crise rhumatismale, il s'est produit une endocardite qui s'est localisée au niveau de la valvule tricuspidienne. M. Potain, à l'examen duquel ce malade a été soumis, a porté le même diagnostic.

**Guérison d'une péritonite tuberculeuse par une injection de naphtol camphré.** — M. Du Cazal présente un homme, entré le 4 février dans son service, cachectique, amaigri, présumant tous les signes d'une péritonite et d'infiltration tuberculeuses du sommet du poumon droit. Le 20 février, il fit une ponction de l'abdomen, retira 2 litres de liquide ascitique et pratiqua immédiatement après dans le péritoine une injection de 8 centimètres cubes de naphtol camphré. Cette intervention ne fut suivie d'aucune réaction inflammatoire, la fièvre tomba et aujourd'hui, la péritonite tuberculeuse semble complètement guérie. Une amélioration parallèle s'est montrée du côté des lésions pulmonaires.

M. Siredey connaît plusieurs cas de péritonite tuberculeuse traitées par l'expectation, dans lesquels le liquide ascitique s'est résorbé spontanément, sans aucune intervention directe.

M. Debove rappelle qu'il a traité avec succès des péritonites tuberculeuses par le lavage du péritoine avec l'eau stérilisée, et qu'il a vu non seulement la péritonite guérir, mais encore les les lésions pulmonaires s'améliorer dans des proportions considérables.

**Ictère chronique dans la dyspepsie.** — M. Hayem a remarqué que chez certains dyspeptiques on observait une coloration jaune particulière des téguments, sans que le pigment biliaire se retrouve dans les urines. Il présente un dyspeptique chez lequel cette coloration jaune peau de chamois, diffuse sur tout le corps, est plus marquée sur la tête et les mains. Les urines ne contiennent ni pigment biliaire, ni urobiline. Mais le sérum du sang, examiné au spectroscope, présente les bandes caractéristiques du pigment biliaire, et fournit, de plus, la réaction de Gmelin.

**Hydrocéphalie héréditaire.** — M. Marie présente un homme de 39 ans, d'intelligence moyenne, mais resté hydrocéphale depuis son enfance. Il a eu 2 enfants ; l'un est mort à deux ans et demi de convulsions ; sa fontanelle antérieure était très large et non ossifiée ; l'autre, actuellement âgé de 12 ans, offre une exagération manifeste du volume du crâne et une persistance de la fontanelle antérieure, encore animée de battements.

Cette coïncidence de l'hydrocéphalie chez le père et le fils (probablement même les deux fils) est très singulière, et ce qui montre bien qu'elle est due à vice de développement, c'est que, chez le père et le fils, on constate encore d'autres anomalies du même genre :

Le père a une séparation complète de la voûte palatine ; le fils présente une voûte du palais extraordinairement ogivale, qui reproduit, à un moindre degré, la déformation paternelle.

Le père a une clavicule droite séparée en deux fragments non soudés. Le fils a une atrophie de toute la moitié interne de la clavicule droite, et sa clavicule gauche est en deux fragments incomplètement soudés. Ces deux malades présentent donc au point de vue des anomalies du crâne, du voile du palais et des clavicules, une similitude parfaite.

Cette observation nous a semblé intéressante en ce que les faits de ce genre paraissent être très rares ; malgré des recherches bibliographiques assez étendues, nous n'avons pu en trouver un seul présentant une hérédité similaire aussi nette. Certes, dans quelques observations, on voit plusieurs frères et sœurs atteints d'hydrocéphalie, mais nous n'en connaissons aucune dans laquelle l'hydrocéphalie se montre comme ici sous la forme héréditaire dans *deux générations*.

Nous ajouterons d'ailleurs que le terme d'hydrocéphalie, dont nous nous servons faute de mieux, ne saurait, dans notre esprit, désigner une maladie spéciale, qu'il ne peut évidemment caractériser qu'un état spécial du cerveau et du crâne produit par des processus extrêmement

Digitized by Google

différents, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue étiologique. Deux grandes classes nous paraissent devoir être, avant tout, constituées : l'une, la plus fréquente, composée des cas dans lesquels l'hydrocéphalie est due à une *lésion acquise* du cerveau (traumatismes, infections, etc., etc.) ou du crâne (rachitisme); l'autre, à laquelle appartient notre observation, composée des cas dans lesquels il s'agit d'une malformation inhérente à un vice de développement de l'individu.

**De la contagion de la rougeole.** — MM. Laveran et Catrin présentent une note démontrant que, contrairement à l'opinion courante, la rougeole n'est pas contagieuse exclusivement pendant la période prééruptive, mais encore pendant les périodes éruptive et post-éruptive. Les mesures prophylactiques doivent donc être continuées pendant l'éruption et même pendant la convalescence.

M. Béclère rappelle que, dans sa thèse, il a démontré que la rougeole pouvait se transmettre pendant les cinq premiers jours de l'éruption. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 19 mai*

**De la conservation du périoste du calcanéum dans les désarticulations du pied.** — M. Ollier rappelle que, dès l'année 1868, il conseillait de conserver le périoste du calcaneum dans les désarticulations de cet os ou du pied, pour doubler le lambeau talonnier et refaire un os nouveau. Cette doctrine est consignée dans la thèse d'un de ses élèves, le Dr Masson, publiée à la même époque. On obtient ainsi un bon moignon, doublé d'un os qui augmente la longueur du membre. M. Ollier montre à l'aide de radiographies, la régénération du calcaneum, représenté par une masse osseuse nouvelle, résistante, sphéroïdale, distincte des os de la jambe.

M. Ollier a étendu cette pratique aux amputations du quart inférieur de la jambe, dans lesquelles il conserve la peau du talon, doublée du périoste calcanéen.

**Rôle du canal dentaire dans la propagation des infections d'origine dentaire.** — M. Moty apporte une observation d'ostéomyélite du maxillaire inférieur consécutive à la carie de la première grosse molaire inférieure droite. Après trois tentatives de traitement par évidement de l'os malade et ouverture du canal dentaire, il fallut se résoudre à sacrifier la branche montante droite. La section fut faite avec la pince à crâne, de l'angle de la mâchoire au bord antérieur de la branche montante, en respectant complètement l'arcade dentaire.

On voit, sur la pièce, que l'infection a suivi le canal et a produit une ostéomyélite diffuse au-dessus de l'épine du spix. Cette propagation par le canal dentaire semble être le processus habituel des abcès retro-maxillaires, qui s'ouvrent au-dessus du voile du palais.

**Péritonite à pneumocoques.** — M. Bouilly a opéré une femme de 47 ans, qui, au bout de quelques semaines de malaises, présenta un épanchement énorme du péritoine. Un médecin retira de l'abdomen sept litres de liquide purulent : la température était alors de 38°5. Le lendemain, M. Bouilly vit cette malade et trouva encore de la fluctuation abdominale ; il fit la laparotomie médiane et tomba dans un vaste foyer purulent, s'étendant du diaphragme au petit bassin. Les anses intestinales étaient agglutinées, recouvertes de fausses membranes, qui les isolaient du foyer purulent. Il s'agissait donc, non pas d'une péritonite généralisée, mais d'une péritonite étendue à toute la cavité abdominale, mais ne pénétrant pas entre les anses intestinales. Lavage du foyer et drainage au travers le cul-de-sac vaginal postérieur. Guérison après élimination des fausses membranes par le drain. Le pus contenait de nombreux pneumocoques.

M. Chaput a observé chez une femme, à la suite d'une parotidite infectieuse double, suppurée, une péritonite suppurée, dans laquelle le pus occupait toute la partie péritonéale, les intestins étant emprisonnés au milieu d'adhérences isolantes. Le pus était dû au streptocoque. Cette malade, albuminurique, mourut quatre jours après dans l'adynamie.

M. Walther a observé deux cas de péritonites suppurées à pneumocoques chez des enfants, localisées, malgré leur généralisation apparente. Ces deux malades guérirent après l'ouverture et le lavage de l'abdomen.

**Suture osseuse pour fracture de la rotule.** — M. Chaput analyse une observation de M. Lafourcade (de Bayonne.) Il s'agit d'une femme de 35 ans, obèse, qui, à la suite d'un effort pour éviter une chute, se fractura simultanément les deux rotules, écartement de 4 centimètres entre les fragments, suture osseuse avec un seul fil d'argent, attelles plâtrées, retour de la marche 3 mois après. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité de thérapeutique appliquée**, publié sous la direction de M. A. Robin, chez Rueff, éditeur, 106, boulevard St-Germain.

Deux nouveaux fascicules de cet excellent traité viennent de paraître. Ils envisagent la thérapeutique des maladies de la peau. Mieux que tous les éloges que nous pourrions en faire, la nomenclature du contenu de ces fascicules et le nom des auteurs qui y ont collaboré montreront avec quel soin et quelle compétence cet ouvrage est écrit. Beaucoup de membres du comité de rédaction du *Journal des Praticiens* y ont collaboré, et nos lecteurs savent la grande valeur de leurs articles de dermatologie. Aussi, nous nous dispenserons de porter un jugement élogieux sur une œuvre dont l'éloge n'est plus à faire et nous nous contenterons d'énumérer le contenu de ces deux fascicules :

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies de la peau, par Hallopeau. — Traitement des érythèmes et de l'urticaire, par Gaucher ; — des pityriasis, par Hallopeau ; — des purpuras par Aubert ; — de l'herpès, par Du Castel ; — des pemphigus, par Hallopeau ; — de l'eczéma, par Besnier ; — de l'impetigo, de l'ecthyma, par Brocq ; — du psoriasis, par Besnier ; — de lichen, par Gaucher et Barbe ; — des prurits par Du Castel ; — des dermatites exfoliatrices, par Leredde ; — des acnés, par Hallopeau ; — du molluscum, par Aubert ; — du furoncle et de l'anthrax, par A. Robin et Leredde ; — des troubles de sécré-

Digitized by Google

tion de la sueur, par Dr Castel; — des alopécies, par Brocq; — des verrues, de l'hypertrichose, par Du Castel; — de l'ichtyose, du lentigo, par Dubreuilh; — des nævi, par Gaucher; — de la sclérodermie, de l'éléphantiasis, par Dubreuilh; — du xanthome, par Aubert; — du xeroderma pigmentosum, du mycosis fongoïde, par Dr Castel; — du lupus, par Leloir; — de la pelade, des tricophyties, du favus, de l'érythrasma, du pityriasis versicolor, par Dubreuilh; — de la phtiriase, par Aubert; — de la gale par Hallopeau; — de la pellagre, par Gaucher et Barbe.

Afin de permettre à nos lecteurs de juger de la valeur de ce traité, nous donnons dans ce numéro le résumé du traitement de l'impétigo par notre éminent collaborateur M. Brocq.

En terminant ce compte rendu sommaire, adressons un mot de félicitations à M. Rueff pour le soin qu'il sait donner à la partie matérielle de cet ouvrage. — M. Degny.

**Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu**, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Recueillies et publiées par les docteurs Maurice Cazin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu et S. Clado, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu. 1 vol, in-8° de IV-406 pages avec figures dans le texte. 7 fr. (Masson et Cie, éditeurs, Paris).

Dans ses leçons cliniques professées à l'Hôtel-Dieu, le professeur Duplay ne se contente pas d'analyser dans tous leurs détails les cas fournis par les hasards de sa clinique; il retrace l'histoire complète de la maladie et la suit dans ses diverses modalités, dans son évolution clinique et anatomique, retenant tout ce qui peut servir à préciser le diagnostic et les indications thérapeutiques. On conçoit l'utilité de cette méthode pour le praticien et l'étudiant, qui trouvent ainsi rassemblées sur chaque question toutes les notions essentielles qu'il importe vraiment à retenir.

Parmi les cliniques professées en 1896 par M. le professeur Duplay, on a choisi, indépendamment de celles qui concernent la pratique courante, d'une part, celles qui sont relatives à des cas à l'ordre du jour, encore débattus aujourd'hui et sur lesquelles le maître, par sa vaste érudition, apporte toute la clarté désirable, et, d'autre part, celles qui ont trait à des questions intéressantes par leur importance clinique et négligées ou même complètement laissées de côté dans les traités de pathologie chirurgicale.

Nous citerons plus particulièrement les questions suivantes: *diagnostic et traitement de la scoliose*, de l'*appendicite*, des *rétrécissements du rectum*, de la *cure radicale des hernies*, du *rein mobile*, du *traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables*, du *mal perforant*, etc. Tous ces sujets sont étudiés de la façon magistrale que chacun se plaît à reconnaître à l'enseignement du professeur Duplay; bien plus, tout y est traité d'une façon éminemment pratique, accessible à tous, et c'est par ce côté encore que ce nouveau volume nous paraît avoir sa place toute tracée dans la bibliothèque du praticien. — L. F.

## *THERAPEUTIQUE HYDRO-MINERALE*

### Salins-du Jura

Voici une station très anciennement réputée, où les baigneurs trouvent, avec le confortable, les distractions, les excursions, etc., une action thérapeutique de tout à fait premier ordre. Les sources minérales *bromo-chlorurées fortes* de Salins-du-Jura sont essentiellement reconstituantes dans les maladies chroniques, alors que la débilité domine et masque la forme pathologique. Par ce temps d'anarchie médicale, n'est-ce pas encore aux eaux minérales que l'on assoit le mieux les bases curatives des diathèses et des graves états constitutionnels? Eh bien! Salins nous représente la médication stimulante et révulsive, fondante et hématique, sédative et névrosthénique, la plus capable de ramener l'équilibre physiologique et de conjurer l'évolution de complications dangereuses.

La coquette station jurassienne convient surtout aux lymphatiques, qui demeurent au-dessous du type fonctionnel régulier et normal. Pour éloigner les imminences morbides, prévenir la tuberculose générale et guérir la tuberculose locale, activer l'hématose en enrichissant les globules rouges, développer les poumons, amplifier les réseaux capillaires, équilibrer enfin le système nerveux, rien n'est plus efficace que la cure salinoise. On y observe l'accélération organique dans les maladies par ralentissement nutritif; la suppression de la langueur vitale, la régénération de l'hémopoïèse. Les succès y sont classiques dans les engorgements glandulo-cellulaires, les affections catarrhales des muqueuses, les parésies rhumatismales. Spécifique contre la scrofule, les abcès froids, le goitre, les adénites tuberculeuses, les tumeurs blanches, mal de Pott, coxalgies, myosites et arthrites chronique, paralysies infantiles, scoliose, etc., Salins-du-Jura donne des résultats supérieurs dans le traitement de l'ozène et de l'otorrhée, des anémies graves, des convalescences pénibles, des cachexies syphilitique et rhumatismale.

Comme toute chlorurée forte, la célèbre eau minérale du Jura s'applique au traitement rationnel des *gynécopathies*: stérilité par atonie utéro-ovarienne, métrites chroniques, leucorrhée rebelle, tumeurs fibreuses, etc., y trouvent la guérison certaine. On a recours aussi avec succès, à la cure salinoise, pour le traitement du paludisme, avec hypertrophie hépato-splénique et adénie (pathologie que rend de plus en plus commune notre expansion coloniale). En combattant la défibrination du sang, Salins s'oppose à l'hydrémie et imprègne de principes trophiques l'économie tout entière. Aussi, l'albuminurie et l'uricémie chroniques, le diabète ancien, qui contre-indique l'emploi des alcalins, la chlorose rebelle, avec dysménorrhée, relèvent du traitement interne et externe, appliqué à l'Etablissement, avec toutes les ressources balnéaires modernes. L'eau en boisson agit comme résolutive et altérante; l'eau en topique est merveilleuse contre les plaies atoniques, les affections osseuses et articulaires, les fistules, fongosités, abcès ganglionnaires et autres, phlegmons des ligaments larges, périmétrites et paramétrites. Une admirable piscine offre les avantages, éminemment sédatifs, de la natation à eau courante: contre l'éréthisme nerveux, les symptômes hystériques, les scrofulides rebelles, les maladies, dues à la nutrition retardante, rien ne vaut le bain de piscine à Salins...

Remarquons, d'ailleurs, que, parmi les eaux chlorurées, (dont la pathologie contemporaine, fondée, hélas! sur la débilité, a assuré la vogue, actuellement si remarquable), Salins-du-Jura est *la station dont la notoriété est, assurément, la plus antique*. « La minéralisation exceptionnelle de ses eaux, dit Dujardin-Beaumetz, assure à Salins-du-Jura une supériorité d'action importante et d'ailleurs incontestée: le bromure de potassium, seul, lui confère une spécialisation précieuse et vraiment puissante au point de vue thérapeutique ». Cette opinion motivée était aussi celle de Trousseau, de Grisolle, de Gubler et de tous les cliniciens hydrologistes. — Dr May.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 27, RUE SAINT-GEORGES.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

*Hôpital Necker.* — H. Huchard.

**Les feuilles de digitale et la digitaline cristallisée**

Il y a quelques années, je voyais avec un médecin très distingué de la province, une malade atteinte d'affection mitrale à une période avancée d'asystolie. Je conseillai pendant un seul jour, suivant une méthode que vous connaissez, en une fois, une dose de 50 gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, ce qui équivaut à une quantité de 1 milligramme de principe actif, c'est-à-dire à 5 milligrammes environ de digitaline amorphe.

« Comment, s'écria mon collègue, vous ne craignez pas de prescrire la digitaline cristallisée à si forte dose! Passe encore pour la digitaline amorphe ; mais celle qui est cristallisée est un médicament extrêmement actif et bien dangereux. Il me semble que les préparations de feuilles, exposent à moins d'accidents. »

« Hé bien, c'est ce qui vous trompe, lui répondis je. Avec la digitaline cristallisée, je suis bien tranquille, parce qu'il s'agit d'un produit chimiquement défini et invariable dans sa composition. Pour cette raison, je sais mathématiquement ce que je fais en thérapeutique, tandis qu'avec les feuilles de digitale, variables dans leur composition et par conséquent dans leur puissance médicamenteuse, je n'agis plus qu'au hasard, et j'expose ainsi mes malades à des phénomènes d'intoxication qui *ne se produisent jamais* avec la digitaline cristallisée. »

La même objection m'ayant encore été présentée il y a quelques semaines sous la même forme, et cela malgré tous mes efforts pour détruire cette légende, je veux une fois de plus aujourd'hui, vous entretenir de ce sujet très important.

Il est de connaissance vulgaire que les fruits n'ont pas la même saveur, que les feuilles n'ont pas la même verdeur, ni les fleurs le même éclat, suivant les différentes *conditions atmosphériques*. Il y a des années de bon et de mauvais vin. De même, il y a des années de bonne et de médiocre digitale. Ce qui vous le prouve, c'est le fait suivant dont je vous ai déjà parlé : Pendant une saison de sécheresse exceptionnelle, les feuilles de la plante récoltées en 1892, avaient une action thérapeutique très amoindrie, parce qu'elles renfermaient une quantité de principe actif certainement inférieure à un milligramme par gramme de feuilles, ce qui est l'habituelle proportion. Il en est de même pour toutes les plantes dont la composition chimique change avec les climats et les conditions atmosphériques, pour l'aconit par exemple, et vous savez que parfois la belladone renferme des quantités notables de sels de potasse, capables de modifier son action médicamenteuse.

Brunton a fait la remarque que les digitales d'Angleterre, d'Ecosse ou d'Amérique ont une action absolument différente. Ainsi, à Edimbourg, il raconte que les malades supportent impunément la quantité de 15 grammes d'infusion de feuilles, tandis qu'à Londres une dose de 4 grammes expose déjà à des accidents sérieux d'intoxication. Rien de bien extraordinaire, puisque c'est là une dose habituelle pour un cheval.

En Roumanie et dans quelques autres pays, à l'exemple de Pétrescu (de Bucarest), on ose prescrire, sans accident, dit-on, 10 à 12 grammes d'infusion de feuilles de digitale dans la pneumonie. Cette pratique ne sera jamais suivie en France, parce que notre digitale est certainement beaucoup plus active, et l'on ne se résoudra jamais à cette « thérapeutique par intoxication ». Dans notre pays, j'ai pu voir à quelques kilomètres de distance, dans les Vosges et dans le Morvan, des digitales douées d'une action variable en raison de leur exposition différente aux rayons solaires et aussi du terrain sur lequel elles puisent leur nourriture.

Voilà ce qui vous démontre encore que les *terrains* et les *climats* peuvent faire varier dans des proportions assez considérables la richesse de la plante en principes actifs, et vous savez d'une autre part, que la digitale cultivée dans nos jardins est presque inerte.

Ajoutez à cela, que les feuilles de première année sont également inertes, que celles de seconde année doivent être cueillies avant la floraison, que les plus actives sont situées au-dessus des radicales, que la tige, les pétioles et les nervures sont pauvres en principes actifs, que le pharmacien doit conserver soigneusement ces feuilles à l'abri de la lumière et de l'humidité, qu'il doit en renouveler la provision tous les ans parce qu'elles s'altèrent et perdent facilement leurs propriétés, et vous comprendrez avec moi qu'il y a là bien des causes d'erreurs, bien des causes d'inégalités d'action du médicament. Si encore vos malades se fournissaient toujours aux mêmes pharmacies, il n'y aurait que demi-mal ; mais, quand vous faites usage un jour de feuilles de digitale renfermant un milligr. de digitaline par gramme, et un autre jour de feuilles qui n'en contiennent que 3/4 ou 1/2 milligr., voyez à quels accidents vous pouvez exposer les malades. Si vous avez employé des feuilles inactives ou peu actives, vous attribuerez l'insuccès au myocarde trop dégénéré, et non au médicament lui-même, et vous commettrez une double erreur très préjudiciable à votre cardiopathe, puisque, d'une part, vous aurez diagnostiqué à tort une dégénérescence myocardique à peine accusée, et que, d'autre part, vous vous condamnerez à l'inaction thérapeutique. Puis, enhardis par des quantités assez fortes de feuilles de digitale qui n'auront produit que des effets peu appréciables, vous doublerez, vous triplerez la dose avec des feuilles d'autre provenance et d'une activité deux ou trois fois plus grande.

Digitized by Google

Tel est le secret des intoxications digitaliques dont on parle tant, et *qui n'arrivent jamais, je le répète, avec la digitaline cristallisée*, parce que celle-ci est invariable daus ses propriétés physiologiques et dans son action thérapeutique. Non pas que je condamne l'emploi de l'infusion et de la macération de digitale qui sont des préparations de choix, et qui aboutissent — la macération surtout — à une diurèse parfois très abondante; mais, si vous réussissez dix fois, vingt fois avec ces préparations, vous pouvez avoir une fois ou deux un insuccès complet, ou même encore des accidents quand vous augmentez inconsidérément les doses. C'est encore pour cette raison qu'il faut donner la préférence à la digitaline cristallisée.

On a dit que la digitaline n'est pas le seul principe actif de la plante. Cela est vrai. Mais la *digitaléine* possède des propriétés physiologiques très atténuées, la *digitine* est presque inerte, et la *digitonine* est douée d'une action contraire à la digitaline, puisqu'elle reproduit les effets de la saponine (paralysie des nerfs sensibles et moteurs, de l'appareil musculaire et du myocarde, abaissement de la pression sanguine, et cœur en diastole). Quant à la *digitoxine* dont on parle en certains pays avec une exagération plus intéressée qu'intéressante, je vous dirai bientôt ce qu'il faut en penser.

On a dit aussi que la digitaline a un pouvoir diurétique inférieur à celui de la macération de feuilles de digitale. Encore une légende, comme vous allez voir.

En 1890, j'ai démontré (1), par des observations concluantes et décisives, que l'action diurétique de la digitaline cristallisée ne le cède en rien à celle de la macération de digitale. Au contraire, cette action diurétique s'exerce plus sûrement et plus rapidement, la digitaline est mieux supportée par l'estomac, et elle détermine plus rarement des troubles gastriques.

La question de posologie est importante à connaître.

Lorsque vous êtes en présence d'un asystolique, il faut prescrire la digitaline à dose élevée et massive pendant un seul jour : cinquante gouttes du soluté (2) de digitaline cristallisée au 1000e, ce qui équivaut à un milligramme de principe actif. Bien entendu, il faut en même temps soumettre le malade au régime lacté. Voilà la dose *anti-asystolique*. Elle ne doit être répétée qu'après 8 ou 15 jours, s'il y a lieu. Quant à cette dose de un milligr. de digitaline cristallisée, elle n'est pas si forte que vous le pensez, puisqu'elle correspond à un gramme de feuilles. D'un autre côté, il faut prescrire cette quantité en deux fois dans la journée, et même en une fois, en raison du principe suivant de thérapeutique générale que je vous ai souvent exposé : Tout médicament à élimination lente peut et doit être prescrit à dose massive et pendant peu de temps, *sans crainte*, non à doses fractionnées, parce que l'organisme se charge lui-même du fractionnement des doses ; par contre, tout médicament à élimination rapide (salicylates, iodures, bromures, etc.) doit être prescrit à doses fractionnées et pendant un temps plus ou moins long pour en impressionner davantage et plus longtemps l'organisme.

Quand vous avez obtenu la disparition des phénomènes asystoliques, des œdèmes, des hydropisies, des congestions passives, etc., vous pourrez prévenir ces accidents, en prescrivant d'une façon systématique à vos cardiopathes tous les vingt jours ou tous les mois par exemple, pendant trois ou quatre jours, un granule d'un quart de milligramme de digitaline cristallisée. Telle est la dose à titre de *médication cardio-tonique*.

Vous voyez par là, une fois de plus, que « dans un médicament, il y a plusieurs médicaments », ce qui veut dire qu'avec des doses différentes et un mode également différent d'administration, la digitaline, par exemple, agit tantôt sur le rein, tantôt sur le cœur. Mais il faut bien savoir qu'elle n'est diurétique que d'une façon occasionnelle, seulement lorsqu'il y a des œdèmes ou des hydropisies cardiaques à résorber, que l'action diurétique est souvent en raison inverse de l'action cardio-tonique, et réciproquement. C'est ce qui explique les faits « d'action dissociée de la digitale » sur lesquels j'ai déjà insisté (1).

Je termine par les conclusions suivantes :

La digitale est un médicament qu'on peut qualifier d'héroïque ; il est, sans aucun doute, le plus efficace de toute la thérapeutique, et sans lui, la cardiothérapie ne serait pas. Par conséquent, il est nécessaire d'avoir sous la main une préparation toujours fidèle, invariable dans sa composition comme dans son action thérapeutique. Je vous ai démontré que seule, la *digitaline cristallisée de Nativelle* possède ces avantages.

Il n'en est pas de même d'un produit que l'on vante beaucoup en Allemagne et ailleurs : je veux parler de la *digitoxine de Schmiedeberg*. A ce sujet, je n'aurai qu'à répéter ce que je disais l'an dernier.

Les différents échantillons de digitoxines présentent une variété très grande dans les effets produits. En France, Houdas, dont les travaux chimiques font autorité en la

(1) Sur le pouvoir diurétique de la digitaline cristallisée (*Soc. de thérapeutique*, 9 juillet 1890).

(2) Voici la formule de ce soluté officinal, telle qu'on la trouve dans le dernier Codex :

| | |
|---|---|
| Digitaline cristallisée..... | 1 gramme. |
| Glycérine D = 1250..... | 333 centim. cubes |
| Eau..... | 146 — |
| Alcool à 95°..... | q. s. |

Pour faire 1000 cent. cubes de soluté. — Il est inutile, puisqu'elle se trouve dans le Codex, de reproduire cette formule dans les prescriptions; il suffit de désigner *la solution au millième de digitaline cristallisée*, et de se rappeler que 50 gouttes de ce soluté représentent un milligr. de digitaline cristallisée.

(1) Traité de thérap. appliquée (fascicules X et XI) sur le « Traitement des maladies de l'appareil circulatoire » 1896 et 1897.

Digitized by Google

matière, affirme que *la digitoxine n'est pas un produit de composition constante et définie, mais un mélange de digitaline cristallisée, et d'un principe non encore isolé, analogue ou identique à la strophantine, à l'ouabaïne, ou à la tanghinine*, corps possédant une action toxique certainement supérieure à celle de notre digitaline cristallisée. Voilà ce qui explique l'activité (lisez toxicité) parfois plus grande de ce produit ; et le pouvoir thérapeutique d'un médicament ne se mesure pas toujours aux accidents toxiques qu'il est capable de produire.

Je ne vois dans toute cette histoire, malheureusement plus commerciale que scientifique, qu'un nom très bien choisi et justement appliqué : la digi*toxine* allemande. Elle continue à faire ses preuves de toxicité plus ou moins dangereuse ; la digitaline cristallisée française a fourni depuis longtemps ses preuves d'action médicamenteuse. Vous ne vous laisserez pas égarer par un nom nouveau qui n'est pas toujours chose nouvelle, et vous conviendrez avec moi qu'en thérapeutique, le mieux, ou ce que l'on prétend être mieux, est souvent l'ennemi du bien.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Cochin.* — M. le Dr Schwartz

**Du diagnostic de l'ostéomyélite et de l'ostéosarcome et d'une forme spéciale de panpériostite du fémur.**

Nous venons d'observer un cas qui, au point de vue clinique et thérapeutique, nous a paru intéressant à rapporter à nos lecteurs ; il est la démonstration de la difficulté que l'on a parfois à différencier un néoplasme d'une inflammation ; il nous montrera aussi combien il est utile d'attendre de l'évolution, lorsque rien ne nous force la main, les renseignements complémentaires qui nous feront aboutir à un diagnostic certain et à un traitement rationnel.

Voici l'observation de notre malade.

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans. B. P., garçon coiffeur, venu depuis quelques mois à Paris. Rien de notable comme antécédents héréditaires. A signaler qu'il a eu, en 1892, un rhumatisme articulaire qui l'a obligé de garder le lit pendant deux mois. C'est au mois de juin 1896 que remonte le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital. A ce moment il s'aperçoit qu'il éprouve quelque difficulté à plier le genou droit, qu'il y a une raideur insolite de l'articulation. Pensant à du rhumatisme, un confrère lui fait appliquer un vésicatoire, puis on lui ordonne de la teinture d'iode, le port d'une genouillère. Tout cela n'empêche pas que B. P. continue à souffrir de plus en plus et le genou devient de plus en plus raide en même temps que la cuisse gonfle.

Il entre à l'hôpital Cochin, dans notre service, le 18 novembre 1896. C'est un grand garçon de bon teint, bien musclé et bien bâti.

En le découvrant nous sommes immédiatement frappé par l'augmentation de volume de la cuisse et du genou droits, surtout à la partie supérieure ; toutes les saillies et dépressions du genou sont effacées ; il existe une circulation collatérale veineuse très accentuée du côté du creux poplité. La palpation permet de constater que le genou contient une petite quantité de liquide sans présenter nulle part de points douloureux ; tout le fémur, depuis le bas jusqu'au niveau du grand trochanter, paraît considérablement augmenté de volume surtout en remontant vers la racine de la cuisse, mais c'est surtout vers le tiers supérieur qu'est le gonflement le plus considérable et c'est aussi là que la pression est légèrement douloureuse ; tous les mouvements de la hanche sont possibles mais limités, surtout la flexion, l'abduction et la rotation en dedans et en dehors.

Du côté du bassin et de l'aine, la palpation ne révèle ni ganglions inguino-iliaques, ni lombo-aortiques.

Lorsque j'eus examiné le malade, ma première impression fut qu'il s'agissait d'une ostéomyélite liée au développement, atteignant la totalité du fémur : l'état des articulations du genou et de la hanche, la prise certaine de ces articulations, quoique à un degré très peu accentué, le gonflement douloureux plus intense au niveau de l'épiphyse supérieure, malgré l'absence de phénomènes fébriles, plaidaient en faveur d'une affection inflammatoire très probablement liée au développement de l'os chez un jeune homme de 16 ans, un peu surmené par son premier séjour à Paris Cependant, l'idée d'un néoplasme se présentait aussi, à cause de la tuméfaction, de la circulation collatérale, de l'absence de fièvre et du développement lent de la maladie qui, comme nous l'avons dit, avait débuté le mois de juin précédent.

Le malade fut tenu en observation pendant deux mois ; la tuméfaction augmenta sans grandes douleurs, sans fièvre, sans qu'il fût possible de découvrir nulle part un point fluctuant, nulle part non plus un point douloureux franchement localisé. La racine de la cuisse prenait un tel développement que, malgré les phénomènes articulaires du début, on était hanté par l'idée d'un ostéosarcome, et que ce diagnostic fut plusieurs fois posé par ceux qui examinèrent le malade.

Vers le début de janvier, nous pûmes enfin déceler un foyer de fluctuation très net au-dessus et en arrière du grand trochanter, sans fièvre, sans grand changement de couleur de la peau, mais dont la formation avait été accompagnée de douleurs excessivement vives.

Je décidai d'ouvrir largement le foyer fluctuant. Ce qui fut fait le 5 janvier 1897.

Sous le chloroforme, une incision de 15 centimètres de longueur commençant au-dessous du grand trochanter et dépassant en bas le milieu de la cuisse traversa toute la couche sous-cutanée, puis musculaire, qui enveloppait le fémur et présentait un épaississement considérable : l'on arriva jusqu'à l'os dont le périoste très épaissi était en-

Digitized by Google

touré d'une nappe séro purulente l'enveloppant dans ses deux tiers, et, nulle part, l'os ne se trouvait à nu et l'incision du périoste jusque sur le tissu osseux nous montra que ce dernier était relativement sain. La tuméfaction était surtout formée aux dépens du tissu péri-osseux, des muscles et des autres parties molles intermédiaires. Nous regrettons de n'avoir pu recueillir du séropus collecté ou plutôt infiltré tout autour, pour en faire faire l'examen bactériologique. La cavité paraosseuse fut largement drainée par des drains et des mèches de gaze iodoformée. Peu à peu le gonflement diminua, la suppuration se tarit en même temps que les douleurs disparaissaient et que s'évanouissaient aussi les raideurs articulaires de la hanche et du genou.

Le jeune malade est sorti définitivement guéri le 3 mai 1897. Au point de vue de la nature de l'affection, il s'agit sans contestation d'une inflammation paraosseuse et périostique due très probablement à un microbe pyogène peu virulent que nous n'avons pu déceler ; ce qu'il y a de plus remarquable dans l'évolution de la maladie, c'est sa lenteur, c'est l'absence de réaction franchement inflammatoire aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général ; le seul signe sur lequel nous ayons pu nous appuyer pour affirmer ou plutôt soutenir notre conviction qu'il s'agissait d'une inflammation et non d'un néoplasme, c'était la prise des articulations du genou et de la hanche. Nous avons montré, dans notre thèse d'agrégation sur les ostéosarcomes des membres (Paris 1880), combien rare était la propagation aux articulations dans les cas de néoplasmes malins des os. Cependant il y a des cas où cette propagation existe, mais, alors, c'est tardivement et quand il ne peut y avoir de doutes sur la nature de la maladie. Ici la raideur du genou a, pour ainsi dire, été le premier symptôme appréciable du mal : c'est pour elle que le malade avait consulté tout d'abord sans s'être aperçu de l'augmentation du volume de la cuisse.

Ollier et ses élèves, mon maître Gosselin ont décrit la périostite albumineuse, se traduisant par le développement au niveau du périoste d'une collection liquide et paraissant être une manifestation tout ce qu'il y a de plus atténuée de l'inflammation des éléments périostiques et osseux. Dans le cas que nous venons de rapporter, il semble que nous ayons eu affaire à quelque affection analogue, mais à un degré plus avancé, avec cette différence, cependant, qu'il s'agissait d'une lésion très étendue, puisqu'elle allait d'une épiphyse à l'autre, d'une vraie panpériostite ou infiltration de tous les tissus périphériques. Il est une autre hypothèse qui doit être agitée : c'est celle d'un processus rhumatismal, d'une périostite rhumatismale totale, d'un rhumatisme infectieux du périoste, étant donné que depuis une attaque de rhumatisme articulaire, en 1892, notre jeune malade était certainement un rhumatisant.

Le traitement a consisté, dans le cas actuel, à largement ouvrir la collection dès qu'elle a été sentie. L'exploration de l'os, sa non dénudation nous ont fait penser qu'il n'y avait aucun foyer intra-osseux et qu'il était inutile de faire une trépanation, même exploratrice. Un large drainage, des injections modificatrices avec du naphtol camphré ont amené peu à peu la guérison avec cicatrisation complète du foyer.

# THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

## De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices

Par M. le Dr Boissard, *accoucheur à la Maternité*

L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été pendant longtemps acceptée et transmise de générations en générations comme un article de foi ; aujourd'hui, cette opinion, reconnue fausse ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception, mais, comme l'arsenal thérapeutique s'est considérablement enrichi dans ces dix dernières années, il nous a paru intéressant et pratique de reprendre en quelques lignes cette question qui se pose si fréquemment ; ce serait, en effet, une erreur de croire que le problème soit tout simple, et puisse être tranché aveuglément par un oui ou par un non dans tous les cas qui se présentent, car il soulève, au contraire, une foule de questions que nous voulons brièvement passer en revue, en faisant remarquer tout de suite qu'à *côté de la nourrice*, il y a *le nourrisson*, et qu'avant tout il ne faut pas nuire à celui-ci en cherchant à soulager celle-là.

On peut dire d'une façon générale que tout médicament administré à une nourrice ne devra pas apporter de troubles dans la fonction galoctogène en modifiant la *quantité ou la qualité du lait* secrété ; la question a donc une double face puisqu'il y a deux intérêts en jeu ; qu'importe qu'un médicament ingéré par une nourrice ne modifie pas la quantité de lait fourni, s'il doit lui communiquer des qualités nuisibles, dangereuses ou toxiques pour le nourrisson : il nous faudra donc dire un mot du passage des médicaments ou de certains de leurs principes dans le lait de la nourrice traitée, et médicamentée.

La physiologie de la nourrice est caractérisée dans ses grandes lignes par deux états :

1° Etablissement de la fonction galactogène.

2° Suppression de la fonction menstruelle.

Toute thérapeutique devra donc conserver l'intégrité de ces deux états qui dominent la vie de la nourrice ; on s'abstiendra donc de l'usage *de tous les drastiques*, de l'*aloès* qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien, et des *différents emménagogues (armoise, apiol)*.

Sans vouloir traiter ici la question si intéressante de la menstruation dans ses rapports avec l'allaitement (1), il faut savoir que chez les nourrices réglées on devra s'abs-

(1) Voir observations cliniques : *De l'état de la menstruation chez les femmes qui allaitent*, par Boissard (Asselin, 1892).

Digitized by Google

tenir de toute médication active pouvant amener une perturbation dans la fonction menstruelle, qui en général, permet de continuer l'allaitement; si les règles étaient trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de *chanvre indien* ou d'*hydrastis* (extrait fluide, 50 gouttes en 3 fois dans les 24 heures) ou aux injections vaginales très chaudes qu'aux différentes préparations contenant du *seigle ergoté* ou de la digitale.

On surveillera avec grand soin l'usage des préparations qui favorisent *la diurèse* ou *la diaphorèse*; à ce titre *la digitale* et *la pilocarpine* seront proscrites; il en sera de même des asperges qui sont diurétiques, et dont le principe volatil et odorant passe dans le lait.

Le *lait* donné *exclusivement* comme boisson sera également rejeté, pour être réservé, à titre temporaire, aux *albuminuriques* seulement, l'albuminurie des femmes accouchées n'étant pas toujours, et dans tous les cas une contre-indication à l'allaitement.

*Des purgatifs chez les nourrices.* — Il est de notion vulgaire et banale qu'il faut s'abstenir de l'emploi des purgatifs salins, si l'on veut conserver dans son intégrité la lactation, tout flux séreux et diarrhéique diminuant la quantité de lait fourni par les glandes mammaires; néanmoins, par exception, il n'y a pas d'inconvénient à administrer, si besoin, un verre de limonade au citrate de magnésie, par exemple.

Sous prétexte de ne pas purger les nourrices, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire, et entretenir un état de *constipation habituelle*; il faut, au contraire, combattre cette constipation qu'on rencontre si fréquemment, et qui à la longue amène une véritable auto-intoxication très préjudiciable à la nourrice et au nourrisson : en dehors donc des lois de l'hygiène bien comprise, d'un régime diététique approprié, on pourra, et on devra recourir *aux laxatifs* et particulièrement à *l'huile de ricin*, à la dose de 15 à 20 grammes, ou au *cascara-sagrada* par cachets de 40 à 50 centigrammes; par contre, on s'abstiendra des préparations *de podophylle* qui déterminent des coliques intestinales souvent très intenses, ou *de rhubarbe* dont on retrouve le principe actif dans le lait, qui présente une amertume spéciale donnant des coliques et de la diarrhée à l'enfant.

Sans en repousser absolument l'usage, nous ne croyons pas beaucoup à l'efficacité des boissons ou décoctions *dites rafraîchissantes*, telles que l'orge ou la graine de lin; par contre l'usage ou l'habitude des *boissons alcooliques* sera absolument défendu; il ne faut donc pas gorger les nourrices de *vin de quinquina*, ou autres fortifiants; l'alcool passe dans le lait, les essences des boissons spiritueuses passent dans le lait (anisette, chartreuse, kummel, kirsch), et provoquent chez les nourrissons de l'agitation, de l'*insomnie*; c'est là un point sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention, et auquel il faut toujours songer, surtout dans certaines classes, dans certains milieux.

On voit donc qu'à côté des médicaments qui agissent en diminuant la quantité du lait sécrété dans les 24 heures, il y a toute une série d'autres médicaments qui agissent sur la qualité du lait qui peut devenir toxique; tous les vétérinaires, tous les éleveurs savent très bien qu'il ne faut pas nourrir les vaches laitières avec des herbages mouillés, avec des tourteaux, ou des drèches de betteraves, qui donnent au lait des qualités particulières susceptibles de produire de la diarrhée et des coliques chez les enfants élevés au biberon.

A ce titre, il est un médicament qui, par ses applications multiples, son efficacité incontestable, doit appeler particulièrement notre attention, nous voulons parler du *sulfate de quinine*, tour à tour proscrit par les uns, et prescrit par les autres chez les nourrices justiciables de l'emploi de ce médicament; les recherches chimiques du lait fourni par les nourrices soumises à la médication quinique à hautes doses (de 1 à 2 grammes par jour) ont permis de déceler la présence de l'alcaloïde dans le lait, mais à doses tellement faibles (2 à 3 millig. par 100 cc.) qu'il ne peut avoir aucune action nocive sur le nourrisson; on ne devra donc pas renoncer à l'emploi de ce précieux médicament chez les accouchées atteintes de fièvre, et qui nourrissent, ou chez les nourrices atteintes d'*impaludisme*, mais il ne faudrait pas trop compter sur ce moyen thérapeutique pour combattre l'impaludisme des nourrissons.

Il n'en est pas de même des différentes *préparations arsenicales* (arseniate de soude, liqueur de Fowler, granules de dioscoride) qui doivent être rejetées chez les femmes qui allaitent, le nouveau-né étant extrêmement sensible à l'arsenic; chez les nourrices chlorotiques on pourra, si l'on fait continuer l'allaitement, recourir aux différentes préparations *ferrugineuses* (citrate de fer ammoniacal, protoxalate) tout en surveillant l'état de l'estomac et de l'intestin.

Le principe actif de tout médicament ingéré par une nourrice passant en quantité plus ou moins considérable dans le lait sécrété; en raison de l'intolérance absolue du nouveau-né pour l'*opium*, il faudra être très réservé sur l'emploi des différentes préparations opiacées chez les nourrices, et de la *morphine* en particulier; ce n'est qu'à titre exceptionnel, qu'on pourra y avoir recours, et s'il était nécessaire, mieux vaudrait recourir au chloral.

Quant aux *préparations mercurielles* ou *iodo-hydrargyriques* (sirop de Gibert), non seulement leur usage ne doit pas être banni, mais il est des cas où il est de toute nécessité d'y recourir (syphilis chez la nourrice, hérédo-syphilis).

Le mercure passe dans le lait, comme l'iodure de potassium, aussi a-t-on préconisé de traiter la syphilis chez les nourrissons en faisant absorber le mercure à la nourrice; c'est là une voie infidèle ou insuffisante, aussi mieux vaut

Digitized by Google

dans les cas d'hérédo-syphilis traiter directement le nouveau-né, qui supporte merveilleusement les préparations mercurielles, puisque nous avons pu donner dans certains cas jusqu'à 80 gouttes de liqueur de Van Swieten dans les vingt-quatre heures chez des hérédo-syphilitiques.

A côté des médicaments qui diminuent la quantité de lait, à côté des médicaments qui altèrent la qualité du lait, y a-t-il des médicaments qui agissent *directement* sur la fonction galactogène; en d'autres termes, y a-t-il des médicaments anti-galactogues? Dans ces derniers temps (1), on a vanté ou incriminé le *camphre* (Hergott), et l'*antipyrine* (Termisson, Guibert); pour Hergott, le camphre à la dose de 0.60 en 3 cachets par jour amènerait rapidement la suppression de la fonction des glandes mammaires, il en serait de même de l'antipyrine à la dose de 2 à 3 grammes par jour continués pendant 5 à 6 jours.

L'antipyrine peut très bien avoir une influence réelle sur la fonction galactogène, plutôt par son action vasoconstrictive, que par la production de troubles ou d'altérations dans l'épithélium des culs-de-sac glandulaires.

Quoi qu'il en soit de cette action, non encore démontrée chez les *nourrices qui continuent de donner le sein*, il va sans dire qu'on ne renoncera pas à l'emploi de ce médicament lorsqu'il pourra être donné à petites doses et à intervalles un peu éloignés; il en sera de même du reste pour l'ensemble des médicaments dont les nourrices pourront être justiciables pendant le cours de l'allaitement. En résumé, comme règle générale de conduite, on ne devra jamais recourir chez la nourrice à une médication bien énergique ou bien prolongée, mieux vaudrait alors la supprimer ou la changer; la femme qui allaite doit être, à part les cas de nourrices syphilitiques, le type de la femme saine et bien portante.

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

*Hôpital Trousseau.* — M. le Dr A. Josias.

### Traitement de la rougeole

La rougeole est regardée comme la plus bénigne des fièvres éruptives. Elle est telle, lorsqu'elle survient che un enfant vigoureux et bien constitué, placé dans de conditions d'hygiène parfaite; cette conception serai exagérée si nous ne tenions un grand compte de l'âge des petits malades, de leur tempérament, de la forme que revêt leur maladie, du milieu dans lequel ils sont soignés. Il n'est pas douteux que la rougeole ait une allure moins insidieuse que la variole et la scarlatine; et cependant elle revêt parfois une gravité exceptionnelle. En présence d'un enfant atteint de la rougeole, nous devons nous préoccuper de préciser l'état de chaque jour de notre malade et nous soucier de prévenir les complications de sa maladie, en adoptant une hygiène aussi sévère que possible, en prescrivant une thérapeutique antiseptique.

En ville, l'enfant sera placé dans une chambre vaste, bien aérée et suffisamment éclairée; son lit, sans rideaux, ne sera pas exposé aux courants d'air et restera protégé par un paravent. Il importe de ne pas placer ses malades en pleine lumière, en raison de leur photophobie. La chambre sera maintenue à une température constante de 17° à 18°; lorsque le temps le permet, il ne faut pas craindre de renouveler l'air et d'ouvrir largement les fenêtres. Ces préceptes sont malheureusement en contradiction avec ceux qui sont adoptés dans nos hôpitaux spéciaux, où les enfants sont plus ou moins entassés dans les pavillons dits d'isolement; aussi la mortalité hospitalière est-elle plus élevée que celle de la ville, en raison de la plus grande fréquence des complications broncho pulmonaires.

En regard de l'hygiène propre aux malades, nous placerons les soins antiseptiques qui leur incombent, dès le premier jour de leur maladie. Ces soins consistent en lavages et en lotions, faits avec des solutions antiseptiques, soit sur les téguments, soit sur les muqueuses ou dans les cavités naturelles. Tous les jours, matin et soir, on lavera le visage et les organes génitaux avec de la ouate hydrophile imbibée d'eau bouillie, ou d'une solution d'acide borique à 3 0/0; quant aux lavages de la bouche, ils pourront être combinés avec des badigeonnages légers de la gorge. Ces badigeonnages sont pratiqués avec douceur; on se servira d'un tampon de ouate, qu'on trempera au préalable dans un collutoire boraté.

| | |
|---|---|
| Glycérine..... | 30 grammes |
| Borax..... | 3 — |

Nous proscrivons les irrigations nasales qui sont susceptibles de provoquer des otites et nous préférons le nettoyage des fosses nasales avec un tampon de ouate, mince, effilé, et qu'on imbibe de vaseline stérilisée ou boriquée.

Si la rougeole est simple, sans aucune complication, elle ne réclame que des soins hygiéniques. Il faut savoir s'abstenir des médications intempestives (Trousseau). Pendant la période aiguë de la maladie (invasion et éruption), les enfants peuvent boire des boissons tièdes, des infusions de bourrache, de mauve, de l'eau rougie sucrée, et, de préférence, du lait ou de la limonade cuite; si la fièvre est modérée, on peut autoriser du bouillon, des potages, des œufs, du jus de viande, de la gelée de viande. On ne saurait trop protester contre la diète, en présence d'une maladie débilitante par elle-même. La laryngite et la toux du début pourront être calmées par des applications répétées d'eau chaude sur le cou, par de la vapeur d'eau accumulée dans la chambre, et par l'administration de potions calmantes à l'aconit, au bromure de potassium. On peut se contenter d'un looch blanc, additionné de 0 gr. 50 à

(1) *Voir*: *Journal des Praticiens*, 6 mars, 17 avril 1897. — Guibert: *Archives de tocologie et de gynécologie*, juin 1891.

Digitized by Google

1 gramme de bromure de potassium (Cadet de Gassicourt) ou d'une des potions suivantes :

| | |
|---|---|
| Alcoolature de racines d'aconit | V à XX gouttes |
| Extrait thébaïque..... | 0,01 centigr. |
| Sirop d'éther..... | 10 à 20 gr. |
| Julep gommeux.... ..... | 60 grammes |

A prendre par cuillerées à café toutes les heures.

| | |
|---|---|
| Infusion de fruits pectoraux. | 100 grammes |
| Alcool d'aconit (feuilles).... | X à XX gouttes |
| Sirop de baume de Tolu.... | 15 grammes |
| Sirop de codéine..... | 15 — |

A prendre par cuillerées à dessert, toutes les heures.

| | |
|---|---|
| Infusion de racines d'ipéca dans 100 grammes d'eau.. | 0,20 centigr. |
| Nitrate de potasse..... | 2 grammes |
| Eau de laurier-cerise..... | 1,50 centigr. |
| Sirop diacode..... | 10 grammes |

A prendre par cuillerées à dessert toutes les heures.

La conjonctivite simple sera traitée par les lotions répétées avec une solution d'acide borique à 3 0/0; le coryza sera modifié par des lotions fréquemment renouvelées sur le nez, les narines avec cette même solution chaude et par l'introduction dans les narines de vaseline liquide, à laquelle on pourrait incorporer de l'acide borique à 1 pour 10, de l'acide salicylique 1 pour 15, de la résorcine 1 pour 20.

Les convulsions du début, les épistaxis, les diarrhées légères ne comportent aucune thérapeutique, car ces symptômes sont passagers et de peu d'importance.

L'éruption, qu'on favorise le plus souvent par l'usage de boissons aromatiques chaudes, des stimulants diffusibles comme l'acétate d'ammoniaque, n'appelle aucune intervention médicamenteuse.

La conduite du médecin peut se borner à ces diverses recommandations, lorsque la rougeole a une évolution franche et ne se signale par aucune prédominance de symptômes ou par aucune complication, d'où la nécessité de prendre la température de ses malades, matin et soir, de les ausculter tous les jours, afin de dépister la moindre complication.

Au bout de combien de temps peut-on autoriser un enfant atteint de la rougeole à se lever et à quitter la chambre? Ce temps est variable et reste subordonné à la forme de la maladie, à ses complications, aux diverses saisons. D'une façon générale, dans les cas simples, bénins, les enfants seront astreints à garder le lit six à huit jours après la période d'éruption, et ne devront pas être autorisés à faire leur première sortie avant le quinzième ou le seizième jour.

Les Formes cliniques de la rougeole (formes inflammatoire, pulmonaire ou suffocante, hémorragique, ataxo-adynamique) comportent des indications spéciales, basées sur la prédominance des symptômes observés.

*La forme inflammatoire* sera avantageusement combattue par l'emploi des bains tièdes, des lotions froides, des cataplasmes sinapisés sur le dos, la poitrine, des préparations quiniques.

*La forme pulmonaire ou suffocante*, éminemment grave, se montre assez commune dans certaines épidémies (bronchite épidémique, capillaire); elle est justiciable de la médication tonique et des révulsifs : application, sur le dos et la poitrine, de ventouses sèches, de cataplasmes sinapisés ; prescription de la potion de Todd, ou à l'acétate d'ammoniaque, de la poudre de Dower à la dose de 5 à 10 centigrammes, injection de caféine, 10 à 20 centigrammes.

*La forme hémorragique* est rare et extrêmement grave ; elle comporte l'emploi de la médication tonique : alcool, quinquina, musc, valériane, caféine; les inhalations d'oxygène, les injections d'éther et de caféine.

*La forme ataxo-adynamique* sera modifiée avantageusement par la balnéation froide, la médication tonique et les lavements de chloral.

Les Complications de la rougeole ont une importance très grande en thérapeutique. Nous allons les étudier à ce point de vue. — (*A suivre.*)

# THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## Traitement des ulcérations graves de la cornée.

Par le Dr Rochon-Duvigneaud,
*ancien chef de clinique de la Faculté de Paris.*

Une ulcération cornéenne ne doit jamais être considérée comme négligeable. Mais certains ulcères de la cornée à marche envahissante doivent être traités d'une façon particulièrement énergique sous peine de voir la cornée partiellement ou totalement détruite en peu de jours et la vision très compromise ou irrémédiablement perdue.

En laissant de côté la kératite neuro-paralytique, fort rare, il faut être bien persuadé que les ulcères de la cornée *sont des affections locales d'origine infectieuse*, que les diathèses ne créent pas la lésion et n'agissent guère qu'en modifiant la vitalité du tissu cornéen, que par conséquent le traitement local a infiniment plus d'importance que le traitement général.

En présence d'un ulcère cornéen, il faut d'abord rechercher s'il n'a pas sa cause dans une affection des paupières, de la conjonctive et avant tout des *voies lacrymales*. Une dacryocystite purulente est très fréquemment l'origine d'un *ulcère à hypopyon* (kératite des moissonneurs). La première indication est évidemment ici de supprimer le foyer purulent qui a infecté la cornée à l'occasion de la plus minime érosion de son épithélium.

Mais, tout d'abord, comment traiter l'ulcère lui-même? Supposons le cas, de beaucoup le plus fréquent, d'un ulcère avec infiltration de pus jaunâtre dans les lames de la cornée et dépôt purulent en forme d'onglet dans les

Digitized by Google

parties déclives de la chambre antérieure (hypopyon). Le danger est ici avant tout dans la destruction qui menace la cornée et peut se faire en quelques jours. Ce n'est donc que dans le cas d'ulcère tout à fait minuscule, qu'il sera permis d'essayer l'effet du *pansement occlusif*, qui dans certains cas peut, à lui seul, amener la guérison.

Dès que l'ulcère est quelque peu étendu en largeur ou en profondeur et surtout si sa marche est rapide, il faut l'enrayer immédiatement par une *cautérisation* bien faite. Pour cela, la cornée étant anesthésiée par quelques instillations de cocaïne à 4 0/0, on prendra soit le galvano-, soit le thermo-cautère (pointe olivaire de préférence), soit même une aiguille à bas ou un stylet à extrémité mousse. Le cautère, quel qu'il soit, sera porté au *rouge sombre*, ou mieux (surtout si sa pointe est volumineuse), sera chauffé juste assez pour brûler facilement de l'ouate, ce qui arrive avant tout changement de couleur. Il faut alors non pas toucher seulement l'ulcère, mais *le détruire dans toute son étendue* en l'érodant, le creusant et sans craindre de dépasser légèrement ses limites.

La perforation de la cornée et le jaillissement brusque de l'humeur aqueuse ne sont pas chose grave. On fera ensuite un grand lavage des culs-de-sac conjonctivaux avec l'eau boriquée chaude ou mieux le cyanure de mercure à 1/2000e, on introduira entre les paupières un peu de vaseline iodoformée à 3 ou 4 0/0 et l'on appliquera un pansement occlusif qui devra être changé tous les jours.

Le collyre à instiller est l'*atropine* ; en effet, la complication à redouter dans les ulcères de la cornée, c'est avant tout l'iritis qu'il faut donc chercher à prévenir par l'application préventive de son traitement local.

*Il ne faut pas toucher à l'hypopyon*, il se résorbe très vite après la destruction ignée de l'ulcère. C'est qu'il n'est pas, comme on pourrait le croire, constitué par du pus venant de l'ulcère à travers une perforation des lames profondes de la cornée, il représente au contraire un épanchement leucocytique venu des vaisseaux de l'iris et de l'angle irien, un phénomène de réaction à distance ; l'hypopyon est aseptique ; ce n'est pas à lui qu'il faut s'attaquer, mais à sa cause. Les paracentèses de la chambre antérieure sont généralement beaucoup plus nuisibles qu'utiles dans les cas d'ulcères à hypopyon. Seuls les hypopyons très abondants ou trop persistants doivent être évacués.

Il faut être prévenu que la réparation des parties de la cornée détruites par la cautérisation est généralement fort longue à se faire.

Toutes les fois que l'ulcère est sous la dépendance d'une dacryocystite purulente, il faut avant tout et de toute nécessité tarir la source primitive, faire de grands lavages des voies lacrymales (cyanure à 1/2000e ou permanganate à 1/5000e), préalablement ouvertes soit au niveau du sac s'il est très dilaté. soit par débridement du point lacrymal inférieur.

On traitera également par la *destruction ignée* et sans s'attarder aux pommades, collyres et surtout au traitement interne, les ulcérations grisâtres et serpigineuses, qui, sans menacer la cornée de destruction ou de perforation, se compliquent d'iritis et de vive injection périkératique.

En définitive, il faut être bien persuadé que la destruction par le fer chaud est le traitement héroïque de toutes les suppurations graves de la cornée. Aucune des méthodes récemment préconisées : curettage de l'ulcère, injections sous-conjonctivales de sublimé, attouchements à la teinture d'iode, au permanganate en solution forte, etc., aucune de ces méthodes, disons-nous, utiles sans doute dans certains cas, n'ont l'efficacité constante et puissante de la cautérisation ignée bien appliquée, c'est-à-dire en *détruisant* et non pas en faisant une simple pointe de feu. Le *quod remedium non sanat ignis sanat* est essentiellement applicable aux maladies infectieuses graves de la cornée.

## Formulaire du Praticien

### Traitement de l'hyperhydrose plantaire.

L'hyperhydrose plantaire, qui s'accompagne presque toujours de bromidrose contre-indique l'emploi de tous les vêtements capables de favoriser l'excès de sécrétion. Des bains de pied additionnés de sel marin, des lotions astringentes et antiseptiques seront ordonnées au malade. Brocq conseille de saupoudrer les pieds avec ce mélange :

| | | |
|---|---|---|
| Talc | 40 | grammes |
| Sous-nitrate de bismuth | 45 | — |
| Permanganate de potasse | 3 | — |
| Salicylate de soude | 2 | — |

Thibierge emploie une poudre inerte légèrement salicylée (2 p. 0/0).

Dans les cas intenses, Du Castel conseille tous les 4, 5 jours des badigeonnages avec soit :

| | | |
|---|---|---|
| Bichrômate de potasse | 30 | grammes |
| Essence de lavande | 2 | — |
| Eau | 200 | — |

Soit (II) :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde rouge de plomb | 1 | — |
| Sous-acétate de plomb liquide | 20 | — |

Brocq ordonne matin et soir un badigeonnage avec :

| | | |
|---|---|---|
| Perchlorure de fer | 30 | grammes |
| Glycérine | 10 | — |

Unna recommande la pommade à l'ichthyol :

| | | |
|---|---|---|
| Ichthyol | 25 | grammes |
| Eau | 15 | — |
| Lanoline | 25 | — |

Hebra et Kaposi prétendent avoir en 15 jours d'excellents résultats de pansements quotidiens avec la pommade suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Litharge | 100 | grammes |
| Huile d'olive | 400 | — |

On ne lavera les pieds qu'au bout de quinze jours et on aura soin de mettre entre les orteils des plumasseaux de charpie enduits de cette pommade. — M. Deguy.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

**Réflexions sur l'appendicite.** — J'ai reçu plusieurs lettres de nos lecteurs me demandant de mettre un peu les « choses au point » sur la question de l'appendicite, « une maladie devenue bien embarrassante pour les praticiens après les discussions contradictoires dans les Sociétés savantes. » L'une de ces lettres finit par cette phrase : « Ne pensez-vous pas que ces discussions sur l'appendicite ont fait naître deux maladies nouvelles, *l'appendicomanie* chez quelques médecins, et *l'appendicophobie* chez beaucoup de malades »?

Voilà une interrogation qui renferme quelque chose d'irrévérencieux pour les médecins. Passons...

Mais, « mettre les choses au point » dans une question si diversement résolue par des hommes de haute valeur, c'est là une œuvre fort malaisée et longue. On pourra discuter longtemps encore, et Montaigne n'a pas eu absolument tort de dire que « l'art de la médecine change selon les climats et selon les lunes, selon Fernel et selon l'Escale. » Enfin, malgré mon envie bien grande de me récuser, je vais m'exécuter en partie, puisque je n'examinerai rapidement que deux points, laissant aux lecteurs le soin de conclure.

1° *Rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.* — Ici, deux opinions opposées : celle de M. Dieulafoy, qui n'admet pas que l'appendicite puisse être l'aboutissant d'une entéro-colite membraneuse, la théorie de la « cavité close » lui défendant, en quelque sorte, de partager cet avis; celle de M. Reclus démontrant au contraire, par des observations concluantes et par une argumentation des plus remarquables, que le fait existe moins rarement qu'on l'a dit.

A ce sujet, la question a été mal posée; c'est pourquoi elle n'a pas été entièrement résolue. Il aurait fallu commencer par définir « l'entéro-colite muco-membraneuse », maladie bien délaissée autrefois, et qui, brusquement prenant une importance considérable, a eu tous les honneurs de citations souvent répétées.

Il y a plus de vingt ans, Siredey a publié un travail fort intéressant sur les « concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin », désignation excellente puisqu'elle ne préjuge pas sur leur nature qui est très différente, suivant les cas. En effet, il ne suffit pas que les malades rendent « des peaux » par l'intestin pour conclure à l'existence d'une colite, et l'on sait que ces pseudo-membranes ne sont souvent que le résultat de *troubles secrétoires*, et nullement inflammatoires, survenant chez les névropathes, sous l'influence de la constipation, après de simples crises entéralgiques, ou encore chez les individus atteints de dyspepsie stomacale. Dans son excellent manuel de pathologie interne, écrit comme il sait parler, M. Dieulafoy dit que ces matières rubanées sont constituées par « du mucus, quelques cellules épithéliales cylindriques déformées, des sels, exceptionnellement de la cholestérine». Où voit-on là les caractères d'un travail inflammatoire, et n'est-ce pas une erreur de ranger tous les faits sous la dénomination « d'entéro-colite muco-membraneuse » ?

Par conséquent, dans tous les cas où il s'agit de *pseudo*-colite muco-membraneuse chez les *nerveux*, les *constipés*, les *entéralgiques*, les *dyspeptiques*, l'inflammation ne peut pas se propager à l'appendice, puisque cette inflammation n'existe pas, (ce qui semble donner raison à Dieulafoy).

Mais, cette inflammation peut se propager et se propage parfois de l'intestin à l'appendice, quand il s'agit d'une *véritable* entéro-colite (ce qui donne raison à Reclus).

2° *Indications de l'opération.* — Tout le monde — aussi bien en médecine qu'en chirurgie — est partisan de l'intervention opératoire, en « temps opportun », et pour des cas bien déterminés. Dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux (7 décembre 1894), j'étais également arrivé à cette conclusion : « Souvent, trop souvent, l'embarras est grand, le diagnostic fort malaisé, et dans le doute, j'avoue que je ferais pencher la balance du côté chirurgical. Pour cette maladie, *dans le doute il ne faut pas s'abstenir* ». Et Roux (de Lausanne), auteur de tant de travaux importants sur ce sujet, a eu raison d'affirmer que « le seul moyen de guérison *absolue* pour tout individu qui a eu, ne fût-ce qu'une seule crise d'appendicite, c'est d'avoir son appendice dans sa poche. »

Mais, proclamer à l'encontre d'éminents chirurgiens et médecins, que l'appendicite est « une et indivisible », que le traitement médical est nul, que l'opération s'impose dans tous les cas, qu'elle est toujours l'*ultima et prima ratio*, c'est compromettre une bonne cause, c'est commettre une exagération d'autant plus grave qu'elle peut amener dans l'avenir une réaction en sens contraire, et il faut avouer que cette réaction serait profondément regrettable. Sur un certain nombre de questions médicales, M. Dieulafoy est en complet désaccord avec beaucoup de cliniciens, et emporté sans doute par l'ardeur oratoire, il va parfois un peu loin, quoiqu'il plaide très éloquemment un procès généralement juste.

Cependant, comme toute maladie, l'appendicite est soumise aux indications thérapeutiques, pour ou contre l'intervention opératoire, pour ou contre le traitement médical, et c'est la discussion calme, prudente et raisonnée de ces indications qui est l'œuvre du clinicien. *Ars tota in indicationibus.* Mais ces indications ne peuvent pas toujours se déduire de nombreuses statistiques, puisées de droite et de gauche — un bloc enfariné ! — dont le moindre tort est d'être parfois un peu complaisantes...

Digitized by Google

On conçoit que je ne puisse ici entrer dans le détail de tous les faits pour discuter ces indications. Qu'il suffise de recommander la lecture d'un travail remarquable de Talamon (1) dont le nom et l'opinion, dans toutes ces discussions, ont été certainement trop laissés dans l'ombre. Il a cependant tracé de main de maître, comme tout le monde doit équitablement le reconnaître, l'histoire complète de cette maladie, et il termine par ces paroles, pleines d'un grand sens clinique :

« La première indication dans l'appendicite, dit W. Keen, c'est d'appeler le chirurgien. » Nous voulons bien, mais à deux conditions : la première, c'est que ce soit le médecin qui demande le chirurgien ; la seconde, c'est que le chirurgien soit bien convaincu d'avance que c'est moins à son bistouri qu'à son jugement qu'on fait appel. »

Tel est le mot de la fin. Dans notre art — et c'est ce qui en fait le mérite et la difficulté — on ne dicte, ni des lois, ni des arrêts ; on soigne des malades, et non pas des maladies ; on doit opérer chez l'un, et pas chez l'autre...

Il n'y a qu'une manière pour nous, de « mettre les choses au point », et la voici :

Restons médecins, même et surtout en chirurgie.

H. Huchard.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Abus de l'acide phénique et gangrène phéniquée.** Notre intention n'est pas de décrire ici des faits nouveaux, mais d'appeler l'attention des praticiens sur l'abus véritable, que — sous le couvert de l'antisepsie — l'on fait des pansements phéniqués, lorsqu'on se trouve en présence de contusions, plaies, écrasement, etc., desextrémités. Qu'un individu soit victime d'un traumatisme quelconque du côté d'un doigt ou d'un orteil, rapidement on lui applique un pansement à l'acide phénique, sans se rendre compte qu'on l'expose à une complication grave, observée trop fréquemment depuis quelques années : la gangrène phéniquée. Le fauteur en est très souvent, d'ailleurs, le malade lui-même, qui, sans consulter personne, fort des connaissances chirurgicales qu'il possède et enseigne volontiers aux autres, se fait son propre pansement.

L'acide phénique agit incontestablement d'une façon très énergique sur les extrémités nerveuses. Il suffit, pour s'en convaincre, d'avoir éprouvé cette sensation si désagréable d'engourdissement et de de semi-anesthésie des doigts, que l'on ressent après avoir manié pendant quelque temps des instruments plongés dans une solution phéniquée. Cette sensation persiste même assez longtemps ; que croire, alors, d'un pansement qui reste en contact avec les parties atteintes pendant deux et trois jours et plus ? Lorsqu'en 1889, MM. Monod et Championnière présentèrent à la Société de chirurgie plusieurs cas de gangrènes phéniquées, ils émirent déjà l'avis que ces phénomènes pouvaient se produire même avec des solutions faibles, mais pensaient qu'on ne les observait que chez des malades présentant antérieurement des troubles vasculaires ou nerveux. Un fait récent, dont nous avons été le témoin, tend à prouver que la gangrène phéniquée peut se produire avec une solution quelconque et chez des individus indemnes de toute diathèse héréditaire ou acquise. Il y a quelque temps, vint nous consulter un malade ayant toujours présenté une santé excellente, à l'occasion d'une gangrène sèche des deux premières phalanges de l'annulaire droit. Elle s'était produite dans les conditions suivantes : en voulant relever la vitre d'un wagon, il eut le doigt comprimé un instant entre cette vitre et sa coulisse. C'était, en somme, un traumatisme insignifiant — ce qui est généralement le cas, — mais, comme il éprouvait un peu de douleur, on lui appliqua, dans une intention excellente d'ailleurs, un pansement à la glycérine phéniquée, en lui recommandant même de ne l'enlever qu'au bout de deux jours ; le lendemain, la main était tuméfiée, les deux premières phalanges avaient déjà une teinte noirâtre accusée, une anesthésie presque complète : le pansement n'avait fait qu'accentuer l'action du traumatisme. Quand, deux à trois jours après, nous vîmes le malade, une gangrène sèche était constituée, exactement limitée à l'étendue du pansement. Après des tentatives infructueuses de conservation du doigt, qui présentait par ci par là, des zones de sensibilité, nous fûmes obligé de pratiquer l'amputation.

Nous avons cité cet exemple entre mille, parce que nous en avons été récemment le témoin ; l'ensemble des faits de ce genre doit, en tous cas, nous prémunir contre l'usage détestable que l'on fait des solutions à l'acide phénique, fort ou faible. Il est évident que le médecin peut rendre des services incontestables à ses clients, non seulement en s'abstenant d'avoir recours à cet antiseptique, dans les cas de traumatisme des doigts ou des orteils, mais encore en s'efforçant de leur inculquer ces idées et en leur enseignant les dangers auxquels ils s'exposent.

Dr L. Flœrsheim, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

**De l'incontinence nocturne d'urine infantile et de son traitement électrique.** — On peut ranger les incontinences nocturnes d'urine infantiles en deux groupes principaux :

1° *Incontinences par atonie du sphincter.* Chez ces malades la moindre contraction vésicale force la résistance du sphincter urétral. L'incontinence survient rare-

(1) Talamon : Appendicite et périlyphlite (*Paris 1892, Rueff, éditeurs*). — A un autre point de vue, nous recommandons encore la lecture d'un opuscule tout récent sur « l'appendicite », par un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, notre collaborateur M. F. Legueu (*Paris 1897, Masson, éditeur*). On aura ainsi en mains toutes les pièces du procès, instruit par un médecin et par un chirurgien.

Digitized by Google

ment le jour, parce que le malade, averti à temps, peut fermer volontairement son sphincter de la région membraneuse. Il n'en est pas de même pendant la nuit : la contraction réflexe du muscle ne se produit pas et l'urine s'échappe involontairement. L'incontinence survient ici d'autant plus facilement que, chez ces petits malades, le sommeil est habituellement très lourd.

2° Chez une autre catégorie de malades, on observe, non une atonie sphinctérienne, mais *une sensibilité spéciale de la vessie*, ne lui permettant pas de contenir une certaine quantité d'urine. Pendant le jour il n'y a pas d'incontinence, mais simplement des mictions impérieuses. Cette sensibilité vésicale anormale n'est pas toujours isolée et elle s'accompagne souvent d'hyperesthésie de tout le canal de l'urètre.

Ces deux groupes distincts présentent cependant une même pathogénie et on peut certainement se ranger à l'avis de Guinon qui en fait un stigmate bénin d'hérédité nerveuse : car, si l'incontinence nocturne d'urine infantile peut coïncider avec une dégénérescence intellectuelle nettement caractérisée, elle peut aussi s'isoler complètement et être l'unique manifestation d'une hérédité nerveuse légère.

*Comment doit-on appliquer l'électricité chez ces petits malades?*

Il existe deux méthodes : l'une qui consiste à électriser directement la région sphinctérienne de l'urètre, l'autre qui se borne à agir médiatement sur ces régions en électrisant soit le périnée, soit les régions abdomino-dorsales.

La première méthode, dite *méthode de M. le professeur Guyon*, consiste à introduire dans l'urètre une petite tige flexible, épaisse d'environ deux millimètres et constituée par un faisceau de fils métalliques recouvert d'une enveloppe isolante. Une des extrémités sert à fixer le pôle négatif d'un appareil d'induction : l'autre extrémité porte une boule métallique ayant la forme d'une olive à extrémité adhérente plus renflée que l'extrémité libre. Cette olive est simplement vissée et on peut en faire varier la grosseur. Cette boule métallique est conduite dans l'urètre jusque dans la vessie, puis on la retire de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse.

L'autre pôle est fixé à une électrode métallique en forme de plaque, d'une dimension d'environ six centimètres carrés. Elle est recouverte d'amadou et de peau de chamois et placée sur la région abdominale antérieure, au-dessus du pubis. On doit de préférence employer le courant fourni par la bobine à gros fil ; les intermittences doivent être régulièrement espacées, à 2 ou 3 par seconde, de manière à ne pas produire de tétanisation du sphincter. L'intensité doit être juste suffisante pour déterminer la contraction du muscle. On reconnaît que cette intensité est atteinte lorsque l'olive qui, au début, se promenait assez librement dans le canal, se trouve comme serrée et étroitement saisie.

Chez les jeunes garçons, l'olive doit rester toujours en contact avec la région membraneuse. Chez les petites filles, elle doit être plus grosse, et, comme chez elles, il n'y a pas de région membraneuse proprement dite, l'électrode doit être promenée dans toute l'étendue du canal, depuis le méat externe jusqu'à l'orifice vésical.

La durée de la séance ne doit pas aller au delà de deux à trois minutes. Les séances peuvent avoir lieu tous les jours ; mais trois séances par semaine sont, en général, suffisantes.

M. Bordier a adopté la méthode de M. Guyon ; mais au lieu de se servir de courants induits produits par la bobine faradique, il emploie les courants statiques de haute tension, appelés courants statiques induits ou *courants de Morton*.

2° Cette méthode donne d'excellents résultats : mais elle n'est pas toujours applicable, soit parce que les parents se refusent à laisser introduire des électrodes dans l'urètre, soit à cause de l'indocilité des enfants, soit enfin par suite d'une hyperesthésie de la muqueuse urétrale. On peut alors recourir à la deuxième méthode, surtout applicable chez les jeunes garçons et bien ordonnée dans son application par *Steavenson*. Dans cette méthode, l'un des pôles, le pôle indifférent, doit être placé au même endroit, c'est-à-dire sur la région abdominale antérieure, au-dessus du pubis.

Le pôle actif est constitué par une électrode circulaire en charbon, de trois centimètres de diamètre, et recouverte d'amadou et de peau de chamois. Il est placé alternativement sur le périnée, au niveau de la région membraneuse, sur les régions abdominales, antéro-latérales, et sur la colonne vertébrale, au niveau des vertèbres lombaires supérieures. On fait d'abord passer un courant faradique, en prenant le courant induit développé dans le gros fil, et avec des intermittences lentes, lorsque l'électrode est sur le périnée. Sur les autres régions, il est préférable d'employer des intermittences rapides avec le courant produit par la bobine à fil fin : l'électricité agit, en effet, dans ce cas d'une façon réflexe.

Cette méthode permet d'employer non seulement le courant faradique, mais aussi le courant galvanique, qu'il serait dangereux d'employer dans la méthode précédente, à moins d'avoir une grande habitude du maniement des appareils. Steavenson place l'électrode active en relation avec le pôle positif sur le périnée, tout à fait au niveau de la portion membraneuse et l'électrode indifférente, en communication avec le pôle négatif, est placée sur les lombes. L'intensité du courant est de 10 à 12 milliampères, et la séance dure de huit à dix minutes.

On peut, au lieu de faire des courants continus, faire une série d'ondes électriques, soit positives, soit négatives : l'action excitante de l'électricité est ainsi plus active ; de plus, l'intensité peut être portée beaucoup plus loin et atteindre de 20 à 30 milliampères, intensité qu'il

Digitized by Google

ne serait pas prudent d'employer avec les courants galvaniques continus.

L'*électricité statique* est un adjuvant précieux, et on doit terminer chaque séance par du souffle généralisé avec quelques étincelles sur les régions abdomino-lombaires. Le traitement électrique agira avec des chances différentes suivant la variété d'incontinence à laquelle on aura affaire. Les cas les plus favorables sont ceux qui, s'alliant avec des stigmates légers de dégénérescence, appartiennent à la première catégorie. — Dr Denis Courtade, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

## STOMATOLOGIE

**De l'adénite cervicale d'origine dentaire.** — Le diagnostic différentiel de certaines adénites cervicales est souvent difficile ; de là résulte parfois une thérapeutique infructueuse et stérile.

Combien de malades porteurs d'emplâtres enduits de pommades dites fondantes, soumis avec cela à un traitement ioduré restent des mois sans amélioration jusqu'à ce que l'étiologie véritable du mal ait été établie.

L'adénite d'origine dentaire est la plus fréquente, aussi est-il nécessaire de se rappeler cet aphorisme de Tillaux : toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux (j'ajoute des ganglions engorgés), au voisinage des mâchoires, le chirurgien doit se préoccuper d'abord du système dentaire qui en est presque toujours le point de départ, alors même qu'on ne trouve pas de lésions sur la partie extra-alvéolaire des dents.

Certaines dents saines en apparence peuvent produire des adénites à distance sans que de prime abord on puisse en déterminer exactement la cause ; et, cependant, la disparition des accidents à la suite de l'avulsion de ces dents est une preuve de leur origine dentaire. Le cément, cette couche de substance osseuse recouvrant la racine et qui acquiert sa plus grande épaisseur vers le sommet de cette dernière est susceptible, sans cause bien déterminée, d'éprouver dans un point quelquefois extrêmement limité de la racine une sorte de nécrose capable d'engendrer des inflammations périphériques, même des abcès et des fistules.

Les accidents d'éruption de la dent de sagesse sont trop connus pour y revenir ; à signaler toutefois l'infection par propagation au canal dentaire récemment démontré par Moty.

Il faut faire remarquer avec cet auteur que le maxillaire offre une résistance particulière aux progrès de l'infection et que mille causes diverses, spécialement l'état général du sujet, doivent jouer un rôle important dans l'évolution de ces phénomènes.

La carie dentaire est la voie la plus directe de propagation aux ganglions, mais il est bon de savoir que certaines diathèses exercent une influence considérable. Sur un ensemble de 113 enfants atteints d'adénite cervicale, Stark réussit à établir une relation de siège et de concomitance entre la lymphadénite et les caries dentaires dans 41 pour cent des cas.

Dans cinq cas, la dépendance de la tuberculose cervicale vis-à-vis de la carie dentaire lui parut on ne peut plus vraisemblable et, dans deux de ces cas non douteux, puisqu'il réussit à déceler la présence de bacilles de Koch dans le tissu fongueux situé entre les racines d'une molaire, au milieu de dents cariées répondant par leur siège aux ganglions hypertrophiés.

Il découle de cette constatation une conduite pratique fort importante dans le traitement de l'adénite, de notion banale du reste, mais peut-être trop souvent négligée : la nécessité de joindre à l'extirpation des ganglions l'ablation des dents malades ; de plus le traitement des dents cariées et l'antisepsie de la bouche s'imposent si l'on veut éviter ces accidents.

Nous nous résumerons donc en disant :

1° Dans toute adénite cervicale inexplicable par un état général ou par un processus extérieur, pensez au système dentaire ;

2° Des dents en apparence saines peuvent produire des adénites à distance et des accidents osseux par voie de pénétration du canal dentaire ;

3° Les accidents provoqués par les molaires supérieures amènent une inflammation des lymphatiques du groupe frontal venant aboutir aux ganglions parotidiens ;

4° Les molaires inférieures donnent naissance à des adénites sous-maxillaires, la dent de sagesse inférieure en particulier infecte les ganglions cervicaux les plus éloignés situés sous le muscle sterno-mastoïdien et peut même propager son inflammation jusqu'à la région claviculaire et thoracique. — Dr Marchandé, *dentiste de la Pitié.*

## RHINOLOGIE

**Traitement abortif du coryza aigu.** — Pour bénin qu'il soit dans la grande majorité des cas, le coryza aigu ne laisse pas que d'entraîner parfois des complications sérieuses ; l'otite aiguë suppurée, en dehors des fièvres éruptives ou la tuberculose, n'a pas d'autre cause que cette affection de la muqueuse nasale, au moins dans les neuf dixièmes des cas. Les empyèmes des sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux reconnaissent aussi pareille origine dans une certaine proportion.

Ces quelques complications suffisent à démontrer que le vulgaire rhume de cerveau n'est pas toujours bénin et que le traitement par la patience et les mouchoirs ne doit pas être le dernier mot de la thérapeutique.

Nombreux sont les traitements préconisés, infinies sont les formules prescrites ; aussi, n'avons nous point l'intention de faire un traité sur la thérapeutique du coryza.

Nous ne ferons que mentionner quelques formules, les

Digitized by Google

plus usitées ; la solution de Hagen a la composition suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique pur | 5 | grammes |
| Ammoniaque liquide | 5 | — |
| Alcool à 90° | 10 | — |
| Eau distillée | 15 | — |

On en respire quelques gouttes versées sur un mouchoir, ou plus simplement on respire fortement à l'ouverture du flacon ; nous n'avons jamais obtenu l'arrêt du coryza par ce mode de traitement.

On a encore préconisé des poudres dans lesquelles entrent le chlorhydrate de cocaïne, le menthol associés à des poudres indifférentes comme le talc, l'acide borique, le sous-nitrate de bismuth, l'amidon, etc., ou encore les inhalations d'une solution de menthol dans le chloroforme, les pulvérisations d'huile mentholée au vingtième, etc.

Le mode de traitement qui nous a donné les meilleurs résultats et qui est réellement abortif quand il est employé à temps, *c'est l'irrigation nasale avec de l'eau salée ou boriquée à la température de 45° à 50°.*

Contrairement à ce qui est écrit partout, la douche nasale n'est pas contre-indiquée dans le coryza ; car il n'est pas de moyen plus puissant pour décongestionner la muqueuse, si on a soin d'employer une solution à la température de 50° ; nous rappelerons du reste qu'en gynécologie les injections analogues sont employées couramment pour arrêter certaines métrorrhagies ou décongestionner l'utérus.

Aussitôt que le coryza s'annonce par la sensation de sécheresse et de tension dans les fosses nasales, avec éternuements répétés, il faut faire une irrigation de 300 ou 400 grammes de la solution à la température indiquée, avec un siphon de Weber, muni d'une canule à robinet ; la canule simple laissant passer un jet trop gros et ne permettant pas un réglage facile du débit, doit être rejetée.

L'irrigation est ainsi répétée matin et soir ; souvent, dès le lendemain, les symptômes du coryza ont disparu pour ne plus revenir, si on ne s'expose pas, à nouveau, au refoidissement.

Si le coryza est traité à une période plus avancée, on ne peut guère espérer l'enrayer facilement ; les irrigations nasales n'en sont pas moins très utiles, car elles font disparaître ou atténuent grandement les symptômes si pénibles du coryza intense et en abrègent la durée.

Il est à peine utile d'ajouter que la douche nasale ne doit pas être prescrite d'une façon banale, comme on le ferait d'une poudre quelconque ; il faut s'assurer que le nez et le pharynx ne présentent aucun obstacle qui s'opposerait au passage du courant et indiquer au malade, d'une façon minutieuse, la technique de cette petite opération, qui est très facile, quand on l'a déjà pratiquée. Les rares accidents survenus à la suite de l'irrigation nasale et qui ont suffi à jeter quelque discrédit sur ce moyen thérapeutique, sont imputables au manque de précautions ou à un vice d'application qu'il eut été facile de corriger.

Il serait imprudent de pratiquer la douche nasale à un enfant indocile, turbulent, qu'il faudrait maintenir de force ou à un enfant en bas-âge qui ne comprendrait pas ou mal les règles à observer pour que ce lavage soit bien fait ; chez ces derniers les insufflations d'air par une narine, avec la poire de Politzer suffisant souvent à rejeter par l'autre narine, ou à chasser par la bouche, les mucosités accumulées dans les fosses nasales et à rétablir, au moins momentanément, la perméabilité des voies aériennes supérieures. — A. Courtade, *ancien interne des hôpit. de Paris.*

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 25 mai 1897*

M. Robin reprend la discussion provoquée par la communication de M. Hayem. Ce n'est pas lui qui a publié les premières observations du sténose pylorique. Il existe des faits interprétés de la même manière par Boas, par Javorski et d'autres auteurs. M. Hayem nie la valeur de ces travaux à cause de l'absence d'autopsie ; mais il oublie qu'à l'occasion de la publication de Boas une discussion s'est élevée et que plusieurs auteurs ont apporté des preuves anatomiques : Guttemann avec une autopsie, Hochhaus avec trois autopsies. Quoi qu'il en soit, il est une question plus importante que celle de la priorité. C'est la question fondamentale, la question de pathogénie. M. Hayem veut détruire la maladie de Reichmann en tant qu'entité morbide ; en cela il est approuvé. Si l'estomac ne se vide pas, c'est qu'il y a un obstacle. Mais quel est cet obstacle ? Pour M. Hayem c'est un obstacle matériel. M. Robin admet que l'occlusion provient d'un spasme. Il fait remarquer que c'est là une affaire capitale dominant la thérapeutique.

Avec la première opinion, la chirurgie seule peut agir ; avec la deuxième, la médecine reprend sa place dans la thérapeutique. Pour défendre son opinion, M. Robin a recours à la clinique aux preuves anatomiques et thérapeutiques.

La clinique montre que les renvois acides déterminent une contraction réflexe des muscles masticateurs ; n'est-il pas normal d'admettre, par analogie, qu'en présence d'hyper-acidité stomacale, le pylore se contracte d'une manière réflexe, elle montre surtout que c'est spécialement dans les cas d'acidité permanente que l'occlusion pylorique persiste. Les preuves anatomiques : si elles ne peuvent être fournies par les autopsies trop rares, la chirurgie les procure. Ainsi, dans 60 gastrostomies pour occlusion pylorique, M. *Doyen* a trouvé 46 cas de contracture pylorique. Enfin la thérapeutique montre bien, par les heureuses modifications qu'elle apporte souvent, qu'il s'agit d'un obstacle spasmodique, modifiable ; cependant il ne faut pas nier que, dans certains cas rebelles, une intervention chirurgicale peut seule dominer les accidents.

Digitized by Google

M. Hayem. M. Robin a changé le terrain de la discussion; la précédente communication portait sur le syndrome de Reichmann caractérisé par la gastro-succorrhée. Or, les observations de M. Robin ne mentionnent pas ce signe capital. Il ne parle donc pas de véritables maladies de Reichmann.

M. Robin. La maladie de Reichmann ainsi bornée à la gastro-succorrhée est une simple forme de la grande affection et ne répond qu'à la minorité des cas.

M. Debove veut rétrécir le champ de la discussion; il existe des malades ayant, le matin, à jeun, du suc gastrique type dans l'estomac; ces malades ont-ils, oui ou non, du rétrécissement pylorique? Il croit que non; et cela parce que la dilatation est l'exception et que le liquide stomacal du matin, clair, ne contient plus de débris alimentaires. De plus, il n'admet pas la valeur des autopsies de M. Hayem, car elles n'ont pas été faites sur des sujets ayant simplement eu de la gastrosuccorrhée qui n'amène pas, à elle seule, la mort.

M. Laborde présente une nouvelle modification du microphonographe de Dussaud, due à M. Berthon supprimant les défauts de l'appareil de Dussaud. Il rappelle les avantages que cet appareil peut fournir à l'éducation des sourds-muets.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 21 mai 1897*

**Traitement de l'eczéma aigu par l'acide picrique.** — M. Gaucher. En me fondant, d'une part, sur l'action élective de l'acide picrique sur les cellules épidermiques, et, d'autre part, sur l'efficacité de cette substance dans les brûlures superficielles, j'ai pensé à l'utiliser dans le traitement de l'eczéma aigu et de ses poussées aiguës. Comme pour les brûlures, je me sers d'une solution aqueuse d'acide picrique à 1 0/0, avec laquelle je badigeonne les surfaces malades et, par-dessus, j'applique une couche d'ouate ou une compresse de tarlatane imbibée de la même solution : je fixe le pansement et je le laisse deux jours en place. Au bout de ce temps, les phénomènes inflammatoires sont déjà très amendés ; la rougeur de la peau et le suintement ont diminué ; le même pansement est renouvelé tous les deux jours ; au bout de peu de temps, la guérison est obtenue. De plus, la solution d'acide picrique calme rapidement les démangeaisons.

Ce mode de traitement est seulement applicable à l'eczéma vésiculeux et suintant, et n'a d'action que sur l'eczéma aigu. Il est bien évident qu'il est insuffisant pour modifier l'épaississement et l'induration du derme dans l'eczéma chronique, lichenoïde. C'est seulement à l'inflammation cutanée superficielle qu'il s'adresse et surtout aux lésions épidermiques. Je crois qu'on pourrait l'employer avec le même avantage dans les autres inflammations superficielles et humides de la peau, notamment dans toutes les formes de pemphygus.

**Le rein mobile chez l'enfant.** — M. Comby. L'ectopie rénale a été étudiée surtout chez l'adulte ; son existence chez l'enfant est généralement méconnue. Il semblait, en effet, que, pour réaliser le déplacement du rein, certaines conditions fussent indispensables : telles que le port d'un corset trop serré, les grossesses multiples, etc. Or, l'enfant échappe à ces influences pathogéniques.

Cependant le rein mobile s'observe chez les fillettes en bas âge comme chez les femmes adultes, et, depuis que je cherche systématiquement cette anomalie, j'en ai recueilli six observations probantes. Dans les six cas, les sujets appartiennent au sexe féminin; dans quatre cas, le rein droit seul était déplacé ; dans deux cas, vérifiés à l'autopsie, les deux reins étaient flottants à la fois. Voici le sommaire de ces observations :

1° Fille de 16 ans, souffrant de son rein mobile depuis l'âge de 13 ans, puisqu'il a été question à cette époque d'une néphrorrhaphie ; on sent, dans le flanc droit, une masse dure, peu mobile, bridée par des adhérences, douloureuse à la pression. Dyspepsie chronique, dilatation de l'estomac ;

2° Fille de 13 ans, souffrant du ventre, depuis longtemps dyspeptique, se serrant la taille avec une ceinture. Rein mobile à droite.

3° Fille de 14 ans, travaillant debout et portant un corset, chlorose. Rein droit mobile.

4° Fille de 10 ans, ancienne dyspeptique, porte les traces d'une néphrorrhaphie pratiquée par le Dr Jalaguier pour une hydronéphrose causée par la mobilité du rein droit. Cette enfant n'avait que 5 ans quand l'opération a été faite.

5° Fillette de 33 jours, hérédo-syphilitique ; les deux reins sont trouvés flottants à l'autopsie — estomac normal (80 cc.).

6° Fillette de 3 mois, hérédo-syphilitique ; les deux reins sont trouvés déplacés et mobiles à l'autopsie. Estomac normal. Il est évident que, dans ces deux derniers cas, l'ectopie rénale était congénitale. Ne pourrait-il pas en être de même pour beaucoup d'autres cas observés pendant la vie ? L'enfant naîtrait avec des reins mal fixés, ayant un pédicule trop long, etc. Et plus tard, sous l'influence de la dyspepsie, du corset, des grossesses, le déplacement du rein deviendrait évident. Cette pathogénie du rein mobile a été déjà soutenue par Litten, Gutterbock, Ewald, Albarran. Les faits que j'ai recueillis en très peu de temps viennent à l'appui de cette doctrine.

Dans tous les cas, ils montrent que le rein mobile n'est pas si rare chez l'enfant qu'on pourrait le croire, et que, chez lui comme chez l'adulte, il peut déterminer des accidents assez graves pour nécessiter la néphrorraphie.

**Le bruit de rouet sous-claviculaire.** — M. Galliard. MM. Gilbert et Garnier viennent de signaler (*Soc. de biol.*, 1er mai 1897), chez une chlorotique l'existence d'un souffle doux, continu, à renforcement systolique, perçu à droite et à gauche du sternum attribuable à la veine cave supérieure et aux troncs veineux brachio-céphaliques, ce bruit, disent-ils, n'a pas été mentionné par les auteurs.

Digitized by Google

Je suis autorisé à dire que le souffle est fort rare, car depuis longtemps je le recherche systématiquement non seulement dans la chlorose, mais chez tous les sujets dont j'ausculte la poitrine. Je l'ai constaté *à droite* chez un malade atteint de pneumothorax du côté droit dont j'ai publié l'observation en 1887 et qui a guéri. En 1892, dans ma monographie du pneumothorax, j'ai désigné le phénomène par le mot *bruit de rouet sous-claviculaire* et l'ai attribué à l'étranglement du tronc veineux brachio-céphalique droit.

J'ai retrouvé ce même bruit, à la même place, chez un homme opéré avec succès pour un empyème du côté droit. Je ne l'ai pas constaté à gauche.

**Rhumatisme musculaire blennorrhagique.** — M. Jacquet signale un cas de rhumatisme musculaire que l'on peut considérer comme une manifestation nouvelle de l'infection blennorrhagique. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, entré à l'hôpital pour de violentes douleurs lombaires qui envahirent bientôt les plans musculaires de l'abdomen, l'arcade crurale, avec sensibilité très vive à la pression de ces régions. Il n'existait pas de fièvre. Au bout de quelques jours, la déglutition devint douloureuse sans rougeur de la gorge. Ce ne fut que deux jours après qu'apparurent les signes d'une angine pultacée de faible intensité. En revanche, la douleur apparut dans les plans musculaires de la nuque, dans le sterno-mastoïdien, le trapèze, dont les mouvements devinrent très pénibles. Tous ces troubles disparurent au bout d'une quinzaine de jours; leur nature rhumatismale ne fait aucun doute, et il semble rationnel d'attribuer leur origine à l'infection blennorrhagique dont ce malade était atteint depuis un mois avant son entrée à l'hôpital.

**Radiographie dans les affections thoraciques.** — MM. Béclère, Oudin et Barthélemy présentent des épreuves radiographiques qui leur ont permis de reconnaître un anévrysme de l'aorte thoracique à son union avec la crosse que les autres moyens d'exploration clinique n'avaient pu déceler, une infiltration tuberculeuse du poumon inaccessible à la percussion et à l'auscultation, une pleurésie interlobaire suppurée chez un enfant de cinq ans, considéré jusqu'alors comme phtisique. — H. Marciguey.

**Société de chirurgie.** — En raison des fêtes de l'Ascension, nous remettons pour notre prochain numéro le compte rendu de la Société de chirurgie.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**La kératite parenchymateuse chez l'adulte.** — La kératite parenchymateuse, si connue chez l'enfant, n'a pas encore été étudiée chez l'adulte. Cependant on en a rapporté des observations, et, en consultant les diverses statistiques, on s'aperçoit qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

D'après Dumont (*Th. Toulouse*, 97) la kératite parenchymateuse après 25 ans n'est jamais due à la syphilis héréditaire.

Si on considère que la kératite parenchymateuse est plus fréquente après 25 ans qu'avant 6 ans, comme le montrent les statistiques, il semble naturel d'admettre que la syphilis héréditaire joue, dans l'étiologie de cette affection, un rôle beaucoup moins important que celui qu'on lui a attribué jusqu'ici.

On peut la considérer en général, non comme une manifestation de la syphilis héréditaire, mais comme une lésion banale, une simple lésion de nutrition générale que plusieurs influences morbides peuvent arriver à produire, la syphilis héréditaire plus souvent que les autres.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Constitution du corps vitré comme point de départ du traitement du décollement de la rétine**, par le Dr Bourgeois (de Reims). — Il y a lieu de tenir compte, dans la thérapeutique, du décollement rétinien, des modifications de l'hygrométricité du stroma du corps vitré. Les variations que fait subir le coefficient hygrométrique du vitré ont été mises en lumière par les travaux de Hache (de Reims), qui a admis une diminution de ce coefficient dans le décollement de la rétine.

Pour chercher à renforcer l'état hygrométrique affaibli du vitré, j'ai pratiqué des injections sous-capsulaires avec un mélange de substances possédant des propriétés hygrométriques.

La formule suivante a donné de bons résultats :

| | |
|---|---|
| Glycérine neutre..... .. | 10 grammes |
| Chlorure de sodium..... | 3 — |
| Sublimé ..... | 0 gr. 001 |

(Le sublimé est là pour aseptiser la préparation.)

L'application de ce traitement ne donne lieu à aucune complication, à condition de suivre les malades. Dans dix cas, j'ai obtenu sept améliorations notables et une guérison.

Cette méthode peut et doit joindre son action aux autres modes de traitement connus et rationnels, tels que pointes de feu sclérotícales, décubitus dorsal, sudorifiques, antisyphilitiques, toniques, etc. En un mot, médication extra-oculaire, qui est inoffensive et plus efficace que la médication *intra-oculaire*, parfois dangereuse pour l'organe de la vision.

**Le permanganate de potasse comme antidote de l'opium.** — Le permanganate de potasse qui neutralise un grand nombre de poisons organiques, tels que le venin de vipère, est sans influence aucune sur l'atropine, la cocaïne, l'aconitine, la pilocarpine, l'hyoscine, l'hyoscyamine, la vératrine. Même le phosphore qui s'oxyde si facilement à l'air, résiste à son action, de même qu'à celle de l'eau oxygénée. Au contraire, l'opium et ses alcaloïdes sont immédiatement oxydés par le permanganate. M. Moor (de New-York), expérimentant sur lui-même, a pu ingérer à jeun 0 gr. 30 de sulfate de morphine, qu'il fit suivre immédiatement de 0 gr. 50 de permanganate de potasse, sans ressentir le moindre effet. Il n'est même pas nécessaire de prendre l'antidote immédiatement après le poison : l'opium paralyse jusqu'à un certain point l'estomac et le tube intestinal, et ralentit ainsi la résorption. (*Therap. Wochenschrift*).

En présence d'un empoisonnement, on commencera par l'administration d'une solution diluée de permanganate de 0 gr. 50 pour 250 grammes d'eau. Les expériences de Hitzig ayant démontré que la morphine injectée sous la peau est sécrétée par la muqueuse gastrique, on devra continuer à donner toutes les demi-heures une solution de 0 gr. 06 de permanganate sur 100 grammes d'eau. On détruira ainsi le poison déjà résorbé qui est secrété de nouveau par l'estomac. Chez des sujets narcotisés trop profondé-

Digitized by Google

ment pour avaler, on aura recours aux injections hypodermiques d'une solution de permanganate au centième. Il agit aussi de cette façon, d'après un mode encore inexpliqué. — Bd.

## BIBLIOGRAPHIE

**Anatomie des centres nerveux**, par J. Dejerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière, avec la collaboration de Mme Dejerine-Klumpke, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. (1)

Nous arrivons un peu tard pour parler d'un livre dont la notoriété est déjà si grande; mais il est des œuvres qui ne vieillissent pas, qui restent impérissables, car elles s'appuient sur des faits bien observés. Le livre de M. Dejerine est de ceux pour lesquels l'actualité existe toujours, l'anatomie ne se modifiant pas sensiblement avec le temps.

Bien des progrès ont été accomplis déjà dans le domaine de l'anatomie du système nerveux central, grâce aux techniques microscopiques nouvelles et aux données fournies par l'anatomie pathologique et par la pathologie expérimentale, et peut-être de nouveaux progrès s'accompliront-ils encore, mais ils n'enlèveront rien à la valeur et à la précision du remarquable travail de M. Dejerine, qui fixe la science actuelle.

Le livre de M. Dejerine est un livre personnel, basé sur l'observation attentive d'un homme dont la compétence en tout ce qui touche le système nerveux s'est depuis longtemps déjà affirmée par de nombreux travaux, classiques aujourd'hui. On était en droit d'attendre de lui une œuvre magistrale. et cette œuvre est commencée. Le premier volume, sur l'anatomie du cerveau, est paru; de nombreuses figures, d'une extrême précision, facilitent la compréhension du texte; des déductions tirées de l'anatomie pathologique en augmentent encore la valeur et font que ce livre s'adresse aussi bien au médecin qu'à l'anatomiste.

Pour suivre et comprendre la pathologie nerveuse actuelle, cet ouvrage considérable est indispensable, aucun autre ne saurait le remplacer; il est unique en son genre, et nous ajoutons qu'il honore grandement non seulement les auteurs, mais aussi la science française. — M. Deguy.

**Traité de thérapeutique appliquée**, publié sous la direction de Albert Robin. Fascicules x et xi. (2)

Ces deux volumes traitent des questions suivantes : Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies du cœur et des vaisseaux; hygiène du cardiaque; les médicaments cardiaques; traitement préventif de l'endocardite aiguë rhumatismale; traitement de l'endocardite chronique et des affections valvulaires; de l'asystolie; de la cardiosclérose et de l'artériosclérose; des aortites; traitement de l'angine de poitrine; des palpitations; de l'arythmie cardiaque; par H. Huchard. — Traitement de la thrombose cardiaque, des tachycardies, des bradycardies, par H. Huchard et A. Weber. — Traitement de la péricardite, des endocardites, de la dilatation du cœur, par E. Barié. — Traitement des myocardites, de l'hypertrophie du cœur, de la surcharge adipeuse du cœur, par J. Renaut et J. Mollard. — Traitement des affections congénitales du cœur, par E. Weill. — Traitement des anévrysmes de l'aorte, de la syncope, par C. Giraudeau. — Traitement des accidents gravidocardiaques, par Ch. Vinay. — Traitement des gangrènes périphériques, par L. Capitan. — Traitement des phlébites, par E. Hirtz. — Traitement des varices, par A. Ricard. — Traitement des hémorrhoïdes, par A. Mossé.

Comme on le voit, ces deux volumes forment un traité complet de thérapeutique cardiaque. Ce n'est pas à nous de porter un jugement élogieux sur cette importante publication, et de féliciter les auteurs, puisque bon nombre d'entre eux font partie de la rédaction du *Journal des Praticiens;* mais qu'il nous soit permis, tout au moins, d'adresser une fois de plus, nos compliments à M. Rueff pour les soins qu'il sait donner à la partie matérielle de l'ouvrage.

**Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie**, par A. Manquat, professeur agrégé au Val-de-Grâce (3e édition, 1897; 1er vol. in-8° de 960 pages. J.-B. Baillière, éditeurs).

A l'apparition de la 1re édition de cet ouvrage si consciencieux, nous lui prédisions un grand succès et la succession rapide de nouvelles éditions. On voit que nous ne nous étions pas trompé. Cette troisième édition qui vient de paraître est mise au courant des plus récents travaux, et les principales additions ou modifications portent sur l'*infection*, la *sérothérapie*, l'*antisepsie* et les *antiseptiques*, l'emploi des *injections de solutions salines* (lavage du sang) le traitement *thyroïdien*, le traitement des *pleurésies purulentes*, les *médicaments nouveaux*, e *traitement hydro-minéral*, etc. L'ensemble de ces additions est tel que cet ouvrage, déjà si complet, a dû subir une augmentation considérable.

Nous n'ajouterons qu'un mot. Si la plupart des analyses des nouveaux livres sont élogieuses, c'est parce que nous choisissons parmi les meilleurs, les ouvrages que nous présentons à nos lecteurs; c'est parce que, fidèles à notre programme, nous voulons que notre journal reste, aussi bien pour les articles scientifiques que pour les analyses bibliographiques, *un guide sûr pour les Praticiens*. Or, le livre de M. Manquat leur rendra les plus grands services dans l'exercice de leur profession, il leur fera connaître complètement les propriétés physiologiques et thérapeutiques des médicaments, leur mode d'emploi, leur posologie. Il a sa place marquée et nécessaire dans leurs bibliothèques. Nos lecteurs nous sauront gré d'avoir appelé, une fois de plus, leur attention sur un ouvrage que, pour ma part, je consulte souvent, avec grand profit, et qui fait le plus grand honneur au travail, à la science de son auteur. — H. H.

## Nouveaux membres du Comité de Rédaction

MM. Ch. Monod, Reclus, chirurgiens des hôpitaux et membres de l'Académie de médecine, Dreyfus-Brisac, De Gennes et Josias, médecins des hôpitaux, doivent être ajoutés, à partir d'aujourd'hui, à la liste des membres du Comité de Rédaction du *Journal des Praticiens*, ce qui porte à 45 le nombre des médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux de Paris faisant partie *activement* de notre Comité de Rédaction. Nous souhaitons la bienvenue à nos nouveaux et savants collègues, et nous les remercions bien sincèrement du grand honneur qu'ils veulent bien nous faire. Nous sommes convaincus que nos lecteurs seront avec nous dans l'expression de nos compliments et de nos remerciements.

(1) 1 fort volume, chez Rueff, éditeurs, 106, boul. St-Germain. Prix fort : 30 fr.

(2) 2 volumes, chez Rueff, éditeurs, 106, boulevard St-Germain. — Prix fort : 6 fr. le volume.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr F. Legueu

**Infection urinaire et infection puerpérale.**

Je viens d'examiner devant vous une malade qui présente localisées sur le rein et autour de l'utérus deux infections associées. Nous aurions pu considérer ces deux manifestations comme isolées et sans rapport de causalité. Je vous ai montré, au contraire, qu'elles étaient solidaires et connexes, qu'il y avait là localisation sur deux appareils d'une infection à point de départ génital, d'une infection puerpérale, et j'ai pensé que le rein avait été préparé par la grossesse à recevoir l'infection. La part de la vessie et du rein est d'ailleurs difficile à bien établir, le diagnostic est délicat, le cas est complexe. Et, à tous ces points de vue, l'observation de cette malade mérite d'être exposée et minutieusement détaillée.

C'est cette jeune femme de vingt-trois ans, qui venait tout à l'heure se plaindre à nous de souffrir en urinant. Son teint pâle, ses traits tirés et amaigris, sa marche hésitante disaient une atteinte plus profonde que ne le laissaient au premier abord supposer les troubles fonctionnels dont elle se plaignait.

Le 20 décembre dernier, elle accouchait à terme de son premier enfant : la grossesse avait été normale, aucun incident n'en avait entravé le cours, et l'accouchement fut simple. Cependant, trois jours après, la fièvre paraissait, et pendant près de deux mois et demi cette malade a été aux prises avec une infection puerpérale des plus sérieuses. L'enfant envoyé en nourrice mourait au bout de huit jours d'une érysipèle à point de départ péri-ombilical. Et cette association de l'infection de la mère et de l'infection de l'enfant est bien dans la règle : j'appelle votre attention sur ce point, mais je ne veux pas insister.

Notre malade, cependant, continuait de lutter contre la septicémie puerpérale : la température ne fut jamais prise, mais sa pâleur actuelle, l'amaigrissement considérable qu'elle présente traduisent une infection profonde et sérieuse.

De vives douleurs aiguës, lancinantes ressenties dans les aines, irradiées dans les lombes, annoncèrent bientôt une localisation pelvienne de l'infection. C'est à partir de ce moment, en effet, que les phénomènes généraux s'amendent, et que l'amélioration commence à se manifester.

Pendant toute la période fébrile de l'infection, notre malade ne souffrait pas en urinant ; les urines examinées à plusieurs reprises, contenaient de l'albumine ; c'était une albuminurie toxique ou infectieuse. Dans ces derniers temps seulement les urines sont devenues troubles, et ont présenté un dépôt purulent assez accentué.

Jusqu'alors ces phénomènes n'avaient guère attiré l'attention ; mais voici que depuis quelques jours se produisent des mictions plus fréquentes, et des brûlures en urinant. Notre malade s'en préoccupe et vient nous demander notre avis à ce sujet.

Au premier abord, on aurait dit une cystite et ce fut ma première impression en interrogeant cette malade.

En effet, les mictions sont fréquentes, elles se répètent toutes les deux heures le jour ; la nuit, la malade se lève deux fois pour uriner. Les mictions sont douloureuses, la malade éprouve au passage des urines des brûlures qui ne durent que quelques instants, mais se reproduisent à chaque miction. Enfin les urines sont troubles, et vous voyez dans le verre ce nuage opaque qui en altère profondément la transparence.

Fréquence, douleurs et pyurie, nous avions tous les signes qui caractérisent la cystite. Il y manquait, il est vrai, l'hématurie ; mais l'hématurie n'est qu'un symptôme accessoire et non fondamental, il peut faire défaut et son absence ne devait pas modifier mon impression.

Il est par contre un fait qui m'avait frappé davantage : la malade me disait qu'à certains moments ses urines étaient beaucoup moins troubles, qu'à d'autres au contraire le dépôt devenait très abondant. Dans les infections vésicales la suppuration se reproduit avec des caractères sensiblement identiques pour un même degré de l'affection. C'est le propre, au contraire, des infections rénales, des pyélo-néphrites avec distension et rétention surtout, de ne verser dans l'uretère que par intermittence le pus dont elles sont chargées. Par ailleurs, la quantité de pus observée dans le verre, et annoncée dans le fond du vase indiquait une suppuration plus abondante que ne le comporte la cystite par elle-même.

La vessie, d'ailleurs, n'est pas sensible à l'exploration : c'est à peine si, à la traversée du col, au contact de la paroi postérieure de la vessie, la malade éprouve une légère sensation douloureuse. De même, la sensibilité à la tension n'est pas modifiée : la vessie reçoit aisément 250 grammes sans manifester le besoin d'uriner Cette tolérance n'est pas en rapport avec la fréquence des mictions spontanées, et je devais en conclure que la vessie n'était pas en cause, qu'il n'y avait pas de cystite : il fallait chercher ailleurs la raison des troubles fonctionnels que l'état de la vessie ne suffisait pas à expliquer.

Je devais en chercher l'explication du côté de l'utérus ou du côté du rein. Des deux côtés, en effet, des lésions complexes se manifestaient à notre examen.

Du côté de l'utérus et des annexes, je constatais des lésions sérieuses et susceptibles par elles-mêmes de retentir sur la vessie : l'utérus est encastré de masses annexielles d'origine inflammatoire, dans lesquelles on ne fait plus la délimitation des trompes ou des ovaires. A droite, une masse arrondie, régulière, douloureuse au toucher fait saillie dans le cul-de-sac postérieur ; à gauche, les lésions sont aussi prononcées. Une tuméfaction diffuse et douloureuse englobe la moitié gauche de l'utérus, fait corps avec lui, se prolonge dans le cul-de-sac postérieur et vient au

Digitized by Google

contact de la masse observée du côté droit. En combinant le palper hypogastrique au toucher vaginal, on perçoit le fond de l'utérus en arrière de la symphyse : des deux côtés, on sent la tuméfaction des annexes remonter jusqu'aux limites du détroit supérieur. L'exploration est douloureuse : en dehors de toute exploration, notre malade a déjà beaucoup souffert dans les aines et des deux côtés, peut-être plus du côté gauche. Il y a donc ici salpingo-ovarite bilatérale, et la fièvre qui s'est montrée après l'accouchement n'était que la marque d'une infection puerpérale qui fort heureusement s'est localisée dans les trompes et les ovaires. La période aiguë n'est pas encore passée : les lésions ne sont pas encore limitées, la tuméfaction est vague, ses contours sont encore indéterminés. Je pense qu'autour de lésions centrales, peut-être suppurées, se trouve une zone d'œdème, et de pelvi-péritonite, qui gêne pour l'instant l'appréciation et nous empêche de faire la part exacte de ce qui revient à la lésion annexielle elle-même.

Quoi qu'il en soit, devons-nous rattacher à la salpingite l'irritation de la vessie ? C'est un fait assez vulgaire, que de voir au cours de certaines salpingites, au cours des métrites, la vessie irritée manifester sa réaction congestive par des fréquences de miction, par des douleurs en urinant. Je vous en ai fait souvent les témoins, et il est même des cas dans lesquels l'infection de la vessie ne reconnaît pas d'autre cause que la migration à travers ses parois des micro-organismes, qui existent dans un foyer pelvien de voisinage. Ce mécanisme de l'infection de la vessie à travers les parois est bien établi par les travaux de Reymond : mais, en clinique, il ne faut l'admettre qu'avec certaines réserves, parce que les voies d'accès de l'infection à la vessie sont nombreuses, et suffisent à expliquer la grande majorité des cystites que nous observons. Ici donc, je ne pense pas que la salpingite ait une influence sérieuse sur la vessie, ni pour l'infecter, ni même pour y déterminer une irritabilité congestive ou réflexe.

Il n'en est pas de même du rein. Le rein droit est manifestement augmenté de volume : le palper bimanuel nous fait sentir dans l'hypochondre une tuméfaction régulière, lisse de surface, à bords arrondis, et débordant les fausses côtes d'au moins quatre travers de doigt. Il n'est pas mobile : s'il est abaissé, c'est donc qu'il est augmenté de volume. Et, bien qu'il ne soit pas très douloureux à la pression, bien que la malade n'ait jusqu'ici accusé aucun phénomène douloureux de ce côté, nous devons reconnaître la pyélonéphrite; du côté gauche, le rein ne se peut délimiter, on ne le sent pas. Le rein droit est donc seul touché.

Et ainsi avec un diagnostic qui se précisait, nous trouvions l'explication des premiers résultats de notre examen, abondance de la pyurie, insensibilité de la vessie. La vessie est indemne, le rein seul est en cause.

Nous aurions pu nous en tenir à ce diagnostic ; mais, en clinique, il faut que vous sachiez utiliser tous les documents que vous offre le malade. J'ai voulu remonter aux causes, et tout en restant sur le terrain de l'observation clinique seule, rechercher le pourquoi et le comment de cette infection rénale.

Deux suppositions permettaient d'expliquer l'infection du rein : ou bien la vessie avait transmis au bassinet une infection, dont elle avait à peine gardé la trace, ou bien l'infection du rein avait précédé celle de la vessie. Dans ce premier cas, la pyélonéphrite était secondaire ; dans le second, elle était primitive. J'ai adopté la seconde hypothèse, et voici les raisons qui m'y ont décidé.

Certes, c'est dans l'ordre habituel, c'est la règle que les infections rénales succèdent à une infection vésicale, en vertu de cette progression ascendante des micro-organismes dont les travaux de l'école de Necker ont montré le mécanisme et établi la réalité. L'urétérite, la pyélite, la pyélo-néphrite sont le complément habituel des cystites, lorsqu'elles durent longtemps ou qu'elles sont particulièrement aiguës. Mais alors on retrouve toujours sur la vessie la trace de l'infection, celle-ci s'est localisée sur la muqueuse ou dans la paroi avant de progresser vers le rein : les symptômes prédominants appartiennent à la vessie, c'est là que l'on trouve les symptômes fonctionnels les plus accusés, de ce côté que l'exploration révèle une altération plus sérieuse. Sur notre malade, il en est tout autrement ; il est une disproportion manifeste entre l'état du rein et celui de la vessie. La vessie n'est pas sensible, c'est-à-dire qu'elle est peu ou pas enflammée. Le rein, au contraire, est manifestement augmenté de volume, et si les manifestations fonctionnelles éprouvées de ce côté par le malade ne sont pas en rapport apparent avec le degré de l'intensité des lésions, il n'y a là rien qui doive nous surprendre. Les infections rénales restent latentes, il faut les chercher. La douleur ne se manifeste que lorsque le rein est brusquement mis en tension comme il arrive dans les rétentions rénales. En dehors de ces conditions, on ne doit pas s'attacher à trouver dans la douleur le critérium de l'altération du rein. Ce n'est qu à distance que le rein malade traduit sa réaction par des phénomènes réflexes, qui, comme l'a montré mon maître le Prof. Guyon, portent sur la vessie ou sur l'autre rein.

D'ailleurs suivez ici l'évolution des symptômes et vous verrez que, depuis quelques jours seulement, cette malade a ressenti les premières douleurs en urinant. Or les altérations du rein sont profondes, et bien plus anciennes, que ne pourrait l'expliquer une infection qui ne daterait que de quelques jours.

Et puis, avant ces quelques jours, les urines étaient déjà troubles et contenaient du pus : le fait a été nettement établi, sans que puisse être précisée la date exacte à laquelle est apparue la purulence des urines. Et alors il faudrait donc admettre que la vessie a pendant longtemps été le siège d'une infection latente, dont elle n'a commencé

Digitized by Google

à souffrir que depuis quelques jours. Je préfère accepter ici l'hypothèse d'une infection rénale primitive, venue du sang, et dans laquelle la vessie n'a joué aucun rôle.

Ce n'est pas d'ailleurs un fait si exceptionnel que ces infections rénales, d'origine circulatoire, dans lesquelles les agents pathogènes introduits dans la circulation viennent infecter le rein. Toute l'histoire des néphrites médicales infectieuses réside dans ce mécanisme. Pour les pyélonéphrites chirurgicales avec ou sans rétention, ce mécanisme, quoique rare, n'est pas sans avoir été démontré par l'expérimentation et par la clinique.

Deux conditions sont nécessaires pour que soit réalisable ce mode d'infection, il faut d'abord une infection sanguine, il faut ensuite du côté du rein un état particulier qui le prépare à recevoir cette infection. Nons n'aurons pas de peine à trouver dans le passé de notre malade ces deux conditions réunies.

Une infection; elle fut réalisée par cette fièvre puerpérale, avec laquelle la malade est restée aux prises pendant plusieurs semaines, et dont elle n'a guéri que grâce à cette localisation pelvienne dont nous constatons encore aujourd'hui les lésions sous forme de salpingo-ovarite double. Il y avait donc ici toute bonne raison pour que le sang qui venait au rein lui apportât en même temps que des principes toxiques divers les éléments infectieux dont il était chargé.

Quant à la préparation, elle a été réalisée probablement pendant la grossesse; l'utérus a comprimé l'uretère et forcé la dilatation du bassinet.

L'utérus pendant la grossesse agit, en effet, comme une tumeur pour comprimer les uretères et plus particulièrement le droit. La compression est latente le plus souvent; le rein se distend sans réagir, et lorsqu'après l'accouchement, le rein revient peu à peu sur lui-même, la compression primitive a passé inaperçue, il n'en reste plus trace. Il faut le concours d'une infection surajoutée pour attirer l'attention; l'expérimentation a permis à Reblaub de la réaliser avec des inoculations intra-veineuses du coli-bacille, et ce mécanisme est celui que l'on admet généralement pour expliquer les pyélites de la grossesse.

Ici, je ne pense pas que le rein ait été primitivement infecté pendant la grossesse; les urines, en effet, sont restées claires jusque dans ces derniers temps, mais je pense que par une compression uretérale le rein a été pendant la grossesse, soumis à une distension prolongée, et de ce fait préparé à recevoir l'infection. J'ai vu, à plusieurs reprises, en dehors de la grossesse, l'infection du rein se réaliser par le même mécanisme; et dernièrement je vous ai montré une malade, à laquelle j'avais pratiqué l'hystérectomie vaginale, et chez laquelle des troubles urinaires avaient apparu peu de temps après l'opération. Le rein droit était distendu et les urines contenaient du pus; l'infection avait suivi de près l'opération. Voici ce qui s'était passé : un fibrome pelvien avait pendant son évolution, comprimé l'uretère droit. Je pratique l'hystérectomie vaginale et j'enlève ce fibrome enclavé pesant 400 grammes. Après l'opération, je mets une sonde à demeure; c'est la porte ouverte à l'infection. Mais le rein droit par la compression lente qu'il a subie, par la distension qui en a été le résultat offrait plus de prise à l'infection. La pyélonéphrite s'est de suite réalisée et, depuis lors, la malade présente, avec un rein gros et sensible, ces quantités énormes de pus dans les urines qui caractérisent la suppuration des calices et du bassinet.

Je tiens à rapprocher l'histoire de ces deux malades; elles offrent l'une et l'autre plusieurs points de contact très intimes. Dans les deux cas, nous voyons dans un premier temps la distension rénale préexister à l'infection, et dans un second temps, l'infection s'installer sur un terrain préparé par la compression et la distension.

Ici la source de l'infection n'est pas dans la vessie; comme c'est la règle, les microbes ont été apportés par le sang, et cette malade met en évidence les relations de l'infection rénale et de l'infection puerpérale.

Pour la confirmation de ce diagnostic, il faudrait sans doute la constatation simultanée dans les urines et dans l'utérus ou les annexes des mêmes agents pathogènes. Positive, cette constatation aurait une grande valeur; négative, elle n'infirmerait en rien ma manière de voir. Les agents de l'infection puerpérale sont multiples, plusieurs agissent simultanément, et d'une infection associée, tel élément peut se détacher pour se localiser dans le rein, tel autre se fixera sur les annexes de l'utérus.

J'aborde maintenant le côté pratique : au point de vue thérapeutique, qu'allons-nous faire?

D'abord j'affirme ici l'inutilité absolue d'un traitement intra-vésical : je considère comme dangereuses et intempestives les tentatives de lavages vésicaux déjà réalisés ailleurs. Ils n'auront que l'inconvénient de faire souffrir inutilementle malade, et peut-être de déterminer la cystite qui n'existe pas.

Il convient seulement d'agir sur l'utérus et sur le rein.

Des injections chaudes et antiseptiques répétées deux fois par jour auront le double avantage de désinfecter le vagin et l'utérus, de décongestionner tout l'appareil pelvien; les lésions annexielles vont se tasser, se condenser. L'œdème va disparaître, l'inflammation va se résorber en partie, et alors que, aujourd'hui, une seule intervention, l'hystérectomie serait réalisable, à attendre quelques jours nous gagneerons peut-être de pouvoir opérer par l'abdomen et de conserver une trompe ou un ovaire. Cette expectation me semble d'autant plus que nous sommes à une période assez proche encore de l'accouchement indispensable, et je crois que la malade a beaucoup à y gagner.

Notre thérapeutique doit s'exercer principalement sur le rein, foyer actuel de l'infection; il n'y a pas de rétention dans le bassinet, il n'y a donc pas d'intervention chirurgicale à pratiquer, et c'est aux ressources de la médecine que nous demanderons les éléments de notre médication. Des révulsifs sur la région lombaire, ventouses

Digitized by Google

répétées, cataplasmes sinapisés atténueront la congestion; des antiseptiques, tels que le benzoate de soude ou mieux le benzonaphtol, contribueront, en s'éliminant par le rein, à diminuer la septicité des urines. J'ai plus confiance encore dans le lavage par les boissons ingérées, les eaux minérales ou le lait. Contrairement à ce qui a été recommandé à cette malade, je proscrirai absolument l'usage du régime lacté intégral : le lait n'a pas sur les pyélonéphrites chirurgicales l'efficacité si merveilleuse que vous lui connaissez dans les néphrites médicales. Je ne vois que des avantages à adopter un régime alimentaire sobre, régulier, léger, dans lequel le lait n'entrera que comme un adjuvant secondaire.

Quel est l'avenir de cette malade ? Il est moins sombre peut-être que vous ne pourriez le penser. Au point de vue génital, sans doute, il y aura bientôt une intervention grave à subir ce qui entraînera probablement la perte de la fonction. Mais au point de vue urinaire, la suppuration continuera longtemps, des mois peut-être, sans que la santé soit troublée. De guérison il ne faut guère parler, sans doute : mais si le rein suppure, malgré que l'état général reste bon et la santé prospère, cela équivaut bien à une presque guérison. En sera t-il de même ici ? Je l'espère, mais je n'ose l'affirmer. C'est une malade à surveiller, c'est un rein à revoir de temps en temps. Et si un jour le rein fait rétention, si la résorption amène le dépérissement de l'organisme et compromet encore une fois gravement la santé, il nous restera la ressource d'ouvrir l'abcès rénal par la néphrotomie, la néphrectomie est au contraire absolument contre indiquée si, comme il est de règle, l'autre rein, malade lui aussi, était incapable de fournir un fonctionnement de compensation.

# CLINIQUE MÉDICALE

*Hôpital Ricord.* — M. le Dr Alex. Renault

**Diagnostic des lésions de la commissure des lèvres**

Les maladies les plus simples en apparence comportent quelquefois, au point de vue du diagnostic, les difficultés les plus ardues. En clinique, les exemples de ce fait ne manquent pas. Mais un des meilleurs à citer est assurément fourni par les lésions qui atteignent les commissures labiales, surtout chez les enfants. Le sujet atteint n'en souffre pas ; les personnes de l'entourage n'y prêtent aucune attention. Et cependant celles-ci peuvent être l'expression d'une infection générale et transmettre par contact les accidents les plus graves.

Il importe donc, en dépit des apparences bénignes, que le médecin soit consulté le plus promptement possible et émette une opinion ferme sur la nature des accidents soumis à son examen. Mais croyez-vous que la réponse soit toujours aisée ? Non certes ! et je crois qu'en cela la très grande majorité de mes confrères ne viendra point me contredire.

Pourquoi cette réelle difficulté ? Par cette simple raison que la plupart des lésions commissurales ont à peu de chose près le même aspect clinique. Il en serait autrement si le malade venait consulter dès le début, si l'on pouvait suivre l'évolution des phénomènes morbides. En telles conditions, les points de repère ne feraient point défaut. Mais il n'en va point ainsi. Quand le sujet se présente au médecin, le mal existe depuis quelque temps, depuis quelques jours au moins. Considéré d'abord comme quantité négligeable, il n'a pas été traité, ou, ce qui augmente encore la difficulté, il a subi des applications intempestives, qui ont altéré les signes physiques. Bref ce n'est que par l'étude la plus minutieuse des phénomènes locaux, la recherche des commémoratifs, l'examen le plus attentif du sujet tout entier que le médecin aura chance d'arriver à un diagnostic ferme, partant à un pronostic assuré et à un traitement efficace.

Il est clair que ce travail de l'esprit ne pourra s'effectuer qu'avec l'aide de notions préalables sur la pathologie des lèvres.

Eh ! bien, en dehors des traumatismes et des brûlures, les lésions susceptibles d'être rencontrées aux commissures appartiennent dans nos pays à l'herpès, l'eczéma, l'impétigo, la perlèche, la syphilis, le carcinome et la tuberculose.

Il faut bien le reconnaître, à la période d'état, c'est-à-dire quand le malade vient consulter, toutes se présentent sous forme de croûtelles, de fissures ou d'exulcérations accompagnées ou non d'un léger exsudat sanguin, occupant l'une ou les deux commissures et s'étendant d'un demi-centimètre à un centimètre sur les portions cutanée et muqueuse des lèvres.

En face de cette communauté objective, quels moyens aurons-nous pour étayer notre diagnostic ?

1° L'*âge*. Il est clair que s'il s'agit d'un enfant, on ne songera pas au carcinome. Les hypothèses de syphilis et de tuberculose, sans être absolument écartées, seront également peu probables. C'est à l'eczéma, l'impétigo ou encore la perlèche qu'il faudra penser, peut-être aussi à l'herpès, bien que cette éruption soit plus fréquente chez les adultes que chez les enfants.

2° *La coexistence chez plusieurs sujets appartenant à la même famille ou fréquentant les mêmes locaux.* Cette coexistence implique l'idée de contagion. Voici donc éloignées d'emblée les maladies qui ne dérivent point d'une transmission directe, ou moins habituelle, c'est-à-dire les lésions accidentelles, traumatisme ou brûlure, l'herpès, l'eczéma, le carcinome et même la tuberculose.

Mais après cette élimination, il reste encore trois affections, l'impétigo, la perlèche, la syphilis, dont le diagnostic rigoureux s'impose au premier chef, tant différent entre elles, le pronostic et le traitement.

Si le nombre des sujets est limité, si la contagion s'est produite entre les enfants d'une même famille par exemple, aucune lumière ne surgira de cet élément d'appréciation.

Digitized by Google

Mais supposons qu'il s'agisse d'une école ou d'un pensionnat et que le médecin soit consulté pour beaucoup de malades porteurs de la même lésion, l'idée qui doit venir d'emblée à l'esprit, c'est qu'on se trouve en présence de cette affection singulière, décrite pour la première fois en 1886 par M. le Dr Justin Lemaistre, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges et décorée par les populations du Limousin du nom original de Perlèche.

Arrêtons-nous un instant sur cette maladie, qu'il importe de reconnaître promptement, en raison de ses propriétés contagieuses.

La perlèche, ainsi nommée parce que les sujets qui en sont atteints se pourlèchent les lèvres à chaque instant, est constituée au début par une pellicule blanchâtre, siégeant aux commissures des lèvres dans une étendue d'un à cinq millimètres.

Cefte pellicule, due au soulèvement de l'épiderme, ne tarde pas à tomber et l'on aperçoit au-dessous une petite fissure de profondeur variable, qui saigne facilement et se recouvre dans la plupart des cas d'une mince croûtelle, entourée d'une auréole inflammatoire très circonscrite.

Quelquefois la lésion s'étend un peu à la muqueuse buccale, sous forme de dépôts opalins produits, comme aux commissures, par un soulèvement de l'épithélium.

La perlèche dure en général de quatre à six semaines.

Elle laisse après guérison une surface blanche, nacrée, qui persiste pendant plusieurs mois.

Mais n'oublions pas que l'affection récidive avec la plus grande facilité et alors elle parcourt les même phases que la première fois.

La perlèche semble être très contagieuse. Quand elle pénètre dans une école, elle atteint en moyenne un enfant sur dix-sept, d'après M. le Dr Lemaistre; un sur quinze, selon M. le Dr Paul Raymond, observant dans une école de Paris.

Cette maladie a une origine microbienne. On a trouvé dans les lésions des staphylocoques et des streptocoques. M. Lemaistre incrimine surtout le streptocoque, qu'il a constamment rencontré très nombreux, fortement enchevêtré et auquel il a donné le nom de plicatilis, en raison de cette disposition.

Quoi qu'il en soit, c'est par les baisers ou l'usage d'essuie-mains, d'ustensiles de cuisine, de gobelets servant en commun, que la maladie se transmet.

Ainsi donc, elle est facile à reconnaître, quand on l'observe chez des sujets vivant en commun. On a en outre l'avantage d'en constater les divers stades, la transmission ne s'opérant que successivement, de telle sorte que le moindre doute ne saurait subsister dans l'esprit du médecin.

Mais supposons qu'il s'agisse d'un cas isolé et, en plus, d'un adulte. Ce que l'on vous montrera, c'est une petite lésion croûtelleuse, occupant l'une ou les deux commissures. Eh ! bien, il faut l'avouer, le diagnostic purement objectif sera impossible. Il faudra donc, sans plus tarder, chercher d'autres points de repère.

Nous en trouvons un important dans :

3° *Les commémoratifs.* « Ceux-ci peuvent nous renseigner à la fois sur la cause et l'évolution de la lésion, pour peu que le sujet soit intelligent et capable d'éclairer son médecin.

Si la lésion est imputable à un traumatisme ou à une brûlure, il n'y a pas de difficulté. Le malade vous indiquera d'emblée l'origine et s'il s'agit d'un enfant, hors d'état de répondre, les parents y suppléeront. Cependant, dans le cas d'un adulte, gardez-vous d'être trop crédule. Qui vous dit que le sujet n'a pas intérêt à dissimuler une syphilis en puissance, et que ce prétendu traumatisme n'est pas un chancre fissuraire de la commissure ou encore une syphilide papulo-érosive en pleine activité. Car, il ne faut pas l'oublier, quand la syphilis débute par la commissure des lèvres, le chancre initial ressemble à une simple fissure, habituellement croûtelleuse. C'est dans ce cas qu'un interrogatoire habile et soigné, au point de vue de la durée et des transformations successives de la lésion aura une valeur réelle. Mieux encore sera l'examen total de l'individu. Mais n'empiétons pas sur ce quatrième élément du diagnostic, le plus important de tous, nous en parlerons dans un instant.

L'herpès, avant d'arriver à la période de fissure croûtelleuse, aura été précédé d'un bouquet de vésicules, souvent même d'une poussée fébrile. Vous apprendrez que le sujet a subi un refroidissement ou un surmenage quelconque, de travail, de table, ou de plaisir.

La période vésiculeuse de l'eczéma, quand elle existe, est tellement courte, que les malades n'ont pas le temps de s'en apercevoir. De renseignements négatifs à cet égard, il ne faudrait donc pas conclure à son absence. Le suintement n'a aucune signification ; on le rencontre, en effet, dans des affections de nature bien différente et la croûte qui en résulte n'a pas plus de valeur.

S'il s'agit de cette variété d'eczéma, dite eczéma sec, c'est-à dire se bornant à un simple trouble de la kératinisation, sans apparition de vésicules à aucun moment de son existence, la notion d'une desquamation épidermique continue, à l'exclusion de toute autre lésion, aura quelque importance. Malheureusement, dans presque tous les cas, sous l'influence des mouvements réitérés des lèvres, une fissure suintante se produira à brève échéance et alors, en dépit des commémoratifs, vous resterez dans le doute. L'incertitude même sera d'autant plus grande, qu'il y aura lieu de rechercher si une autre lésion n'est pas venue se greffer sur un eczéma préexistant.

C'est le cas de l'impétigo qui, très souvent, est une maladie secondaire. Nous savons aujourd'hui que cette dermatose est due à des microbes pyogènes, qui pénètrent d'emblée dans l'épiderme ou s'implantent sur une lésion cutanée préexistante. Assurément, sans le secours même des commémoratifs, la coloration jaune miel de la croûte,

Digitized by Google

sa superficialité, sa faible adhérence aux parties sous-jacentes faciliteront beaucoup le diagnostic. Mais qui sait, je le répète, si cet impétigo est primitif ou s'il ne cache pas une autre lésion de nature bien différente.

Il faut donc poursuivre l'enquête et chercher d'autres éléments de conviction. Le meilleur de tous est sans contredit la constatation des lésions concomitantes. Là se trouve le vrai critérium. Dans l'immense majorité des cas, en effet, ce n'est point en contemplant l'aspect objectif des commissures, mais en examinant les parties voisines, voire même le sujet tout entier, que vous arriverez sans trop de peine à poser votre diagnostic.

4° *Lésions concomitantes.* Supposons d'abord un traumatisme ou une brûlure. A moins de coïncidence morbides, vous trouverez le sujet sain de partout. D'ailleurs, en pratique, il est exceptionnel que vous soyez consulté pour un accident de ce genre. Le malade, qui en connaît l'origine, sachant qu'il doit guérir spontanément, ne s'adresse pas au médecin. Il ne le fait que si la lésion, par suite des mouvements réitérés des lèvres, persiste au delà de son attente.

J'ai dit néanmoins plus haut qu'il fallait se méfier des syphilis dissimulées, surtout des chancres fissuraires.

Eh bien, dans cette hypothèse, courez sus aux ganglions, examinez la région sous-maxillaire. Vous y trouverez l'adénite caractéristique. Elle sera constituée en effet par un seul ou plusieurs ganglions, roulant sous le doigt, aphlegmasiques, indolents et offrant cette dureté spéciale qui rappelle, comme le disait Ricord, celle du chancre. Bref, vous constaterez tous les signes du bubon syphilitique.

Revenez alors à la lésion minuscule des lèvres; saisissez la commissure avec deux doigts et soulevez légèrement les tissus, selon le judicieux précepte du prof. Fournier. Vous sentirez une induration, au moins un état parcheminé, qui confirmera encore le diagnostic déjà révélé par l'adénite. Vous pourrez alors instituer d'emblée le traitement spécifique et, chose plus importante encore, indiquer au malade toutes les précautions à prendre pour éviter la contagion.

Admettons maintenant que l'adénite soit fruste ou ait même disparu, devrez-vous, de par ce signe négatif, rejeter l'idée de syphilis ? Nullement. Il se peut en effet que la fissure commissurale soit une des manifestations secondaires de la maladie, c'est-à-dire une syphilide érosive ou papulo-érosive. Ici encore, l'exactitude de votre diagnostic a une importance capitale; car vous avez affaire à un accident aussi contagieux que le chancre. Mais ne vous attardez pas à chercher dans l'aspect de la lésion les éléments de votre jugement. Contentez-vous d'avoir flairé la syphilis et examinez attentivement le sujet. Il serait bien extraordinaire de ne pas découvrir quelques-unes des manifestations caractéristiques de la période secondaire : roséole ou papules sur le corps, croutelles sur le cuir chevelu, alopécie, angine spécifique, céphalée nocturne. Le diagnostic s'imposera alors et vous n'aurez plus qu'à formuler l'hygiène et la thérapeutique.

Mais, direz-vous, il se peut que la lésion commissurale soit une récidive d'accidents secondaires et existe seule à l'exclusion de tout autre. Je n'y contredis pas; le fait est plus rare, mais se rencontre. Comment alors découvrir la spécifiité ? L'important, je viens de le dire, est de penser à la syphilis et si l'examen du sujet ne vous permet de découvrir aucun symptôme révélateur, recherchez les commémoratifs, procédez à un interrogatoire habile. A brûle pourpoint, ne dites pas au sujet : avez-vous eu la syphilis ? La réponse pourrait être négative. Sans paraître y attacher autrement d'importance, interrogez votre malade sur ses antécédents morbides, demandez-lui de vous décrire les accidents qu'il a présentés. Vous arriverez ainsi à constituer un faisceau de preuves, dont la valeur ne le cédera guère aux constatations *de visu* et l'idée de syphilis s'affirmera encore davantage, si vous procédez à l'examen du système ganglionnaire, principalement dans les régions cervicale et inguinale, où l'adénite persiste des mois durant, parfois même des années.

En cas d'herpès, il est fréquent de constater, soit sur le bord libre des lèvres, soit sur les téguments voisins, des vésicules en bouquet ou des croûtelles recouvrant des érosions dont les contours poly et microcycliques permettront de faire le diagnostic. Rarement, en effet, l'herpès siège exclusivement aux commissures, il occupe plutôt le bord des lèvres. Cependant on doit compter avec cette localisation exceptionnelle.

Si le médecin est appelé de bonne heure, il est possible qu'il trouve encore autour de la commissure des traces de grosses vésicules, dont le groupement est susceptible de l'éclairer. D autres fois, l'état général mettra sur la voie. Le malade sera encore ébranlé par la poussée fébrile qui aura préparé l'herpès.

En dehors de ces signes, vous n'aurez, pour vous guider, que les commémoratifs. D'ailleurs, à moins de grattage ou d'irritations intempestives, la maladie est de courte durée, guérit spontanément, de telle sorte que, si l'incertitude persiste, elle ne porte en réalité aucun préjudice au sujet.

La plupart des considérations précédentes s'applique à l'eczéma des commissures. C'est encore par la constatation des lésions voisines que vous arriverez au diagnostic, la croûtelle ou la fissure suintante ne possédant aucun caractère exclusif. Je sais bien qu'en y regardant de près, on découvre dans l'eczéma, aux lieu et place des plis orbiculaires normaux, de fines rhagades qui les dessinent. Mais cette disposition est-elle suffisante pour étayer un diagnostic ? Non certes. Il en va de même de la fréquence de la localisation eczémateuse aux commissures chez les enfants et les femmes. Par ce fait même que l'on constatera une lésion au coin des lèvres dans la seconde enfance ou le sexe féminin, il sera rationnel assurément de penser à l'eczéma. Mais aller plus loin serait téméraire. Vous ne

Digitized by Google

pourrez conclure que si vous trouvez à proximité ou en d'autres points des téguments des surfaces en desquamation fine, ou des îlots croûtelleux, recouvrant des portions tégumentaires humides, bref, des lésions indubitables d'eczéma vrai.

Et encore, malgré ces symptômes voisins ou éloignés, ne soyez pas trop prompt à affirmer. N'oubliez pas la possibilité des coïncidences morbides, surtout s'il s'agit d'un adulte. Sans commettre la faute de voir la syphilis partout, vous avez néanmoins le devoir d'y penser en toute circonstance, tant sa fréquence est grande. Si les ganglions restent muets, si vous ne découvrez nulle part de lésions spécifiques, sitôt vous abandonnerez cette idée, sans que votre malade ait soupçonné la piste, que vous aurez un instant suivie.

Le diagnostic de l'impétigo des commissures est relativement facile à la période croûteuse. De toutes les lésions qui siègent aux coins des lèvres, c'est la seule que l'on ait chance de reconnaître d'emblée de par ses signes objectifs. Aucune autre ne présente ces croûtes d'un beau jaune doré, sucre d'orge, plus ou moins humides et friables, dites mélitagreuses ou mélicériques, et recouvrant des surfaces suintantes, érodées, mais jamais ulcérées.

D'ailleurs le doute existerait-il dans votre esprit, que vous trouverez encore dans le voisinage des lésions analogues qui dissiperont les dernières ombres du diagnostic, sans compter que vous aurez en outre, s'il s'agit d'impétigo, un autre point de repère, non moins important que l'aspect objectif. Je veux parler de la dissémination facile des éléments éruptifs, soit par auto-inoculation, soit par contagion de voisinage. On sait, en effet, aujourd'hui que l'impétigo est dû à l'implantation et à la pullulation dans les couches superficielles de la peau des staphylocoques blanc et doré, microbes de la suppuration dont l'inoculation et la propagation s'opèrent avec une facilité extrême.

Il nous reste maintenant à parler de deux maladies beaucoup plus rares que les précédentes, susceptibles néanmoins de siéger aux commissures : le carcinome et la tuberculose.

Il importe de reconnaître le cancer de bonne heure. Autrement on perd un temps précieux pour le malade, alors qu'une opération chirurgicale sans importance le débarrasserait promptement, tout au moins de la localisation.

Le diagnostic n'est pas impossible. Nous avons une série de points de repère, dont l'ensemble constitue un faisceau de preuves indéniables.

1° *L'âge.* Le carcinome est un des tristes apanages de la vieillesse. On en rencontre, il est vrai, quelques cas à l'âge adulte ; mais le fait est exceptionnel ; dans l'enfance, il est inconnu.

2° *Les habitudes.* Il éclot le plus souvent sur des sujets qui ont commis ou commettent encore d'énormes abus de tabac et portent comme témoignage, aux commissures, ces plaques blanches, dites leucophasiques.

3° *La constitution.* Le cancer est un des méfaits de l'arthritisme. Nos devanciers l'avaient bien constaté. On ne saurait trop méditer Bazin à cet égard. Aujourd'hui, sous l'influence des écoles étrangères, on est disposé à faire table rase de ces conceptions diathésiques. Pareille tendance est en contradiction avec les faits et funeste à l'intérêt des malades. Le médecin de famille, qui n'a pas souci de ces questions de terrain, néglige des enseignements hygiéniques, dont la mise en pratique peut cependant prévenir les accidents les plus graves. Qui peut méconnaître que l'obèse précoce, l'hémorrhoïdaire, le migraineux, le dyspeptique habituel ne constituent pas autant de proies faciles au cancer. Les exemples se comptent par milliers et nous nous étonnons que le consensus ne soit pas unanime.

4° *Caractères objectifs.* Au début, quand le mal est minime, le diagnostic n'est pas possible. Il y a un signe cependant qui, de bonne heure, doit donner l'éveil : c'est la facilité avec laquelle saigne la petite plaie commissurale au moindre contact.

La persistance de la lésion et sa tendance à l'extension, malgré les médications les plus rationnelles, ont encore plus de valeur.

Mais au bout de deux ou trois mois le doute se dissipe. On constate une ulcération à caractères franchement épithéliomateux, c'est-à-dire à surface inégale déchiquetée, souvent bourgeonnante, à bords saillants, éversés et durs.

C'est à cette époque également que vous découvrez une adénite de voisinage, bien différente, au point de vue chronologique, du bubon chancreux, qui suit de quelques jours le premier indice de la syphilis. Il va de soi que si le sujet est en même temps porteur d'une autre lésion carcineuse, le diagnostic s'imposera encore davantage et permettra une intervention, d'autant plus efficace, qu'elle sera plus hâtive.

La tuberculose peut-elle se localiser exclusivement aux commissures ? La chose est possible ; mais je n'en connais pas d'exemples. Habituellement, l'ulcération tuberculeuse siège à la partie interne des joues et de là se propage à la commissure.

C'est une perte de substance à fond rouge pâle, jaunâtre ou framboisé, à contours irréguliers, taillés à pic, rarement décollés, à base molle.

Elle sécrète souvent une matière purulente ou séropurulente, qui, par concrétion, forme des croûtes aplaties, grisâtres, minces, peu adhérentes.

Il existe ordinairement une salivation abondante : l'haleine est souvent fétide et le malade éprouve des douleurs surtout au contact des aliments. L'ulcere tuberculeux est un ulcère éréthique, non toléré.

En cas d'incertitude, le diagnostic devient positif, si l'on découvre autour de la perte de substance des points jaunes ou de petits nodules, dont la structure est celle de la granulation tuberculeuse. Malheureusement, ce précieux point de repère est exceptionnel.

Digitized by Google

Quant au bacille de Koch, il est très rare de le rencontrer dans les produits de raclage.

On peut compter bien davantage sur l'inoculation positive de la matière tuberculeuse dans le péritoine du cobaye.

Il faut tenir enfin le plus grand compte de l'état général du sujet, de ses antécédents héréditaires ou morbides et surtout des autres manifestations tuberculeuses du côté du larynx, des poumons, des systèmes cutané, ganglionnaire, osseux, des voies génitales.

Je ne m'attarderai pas à faire le diagnostic différentiel entre l'ulcère tuberculeux type et le lupus ulcéré, ce dernier étant aussi de nature tuberculeuse.

En cas de lupus, la perte de substance, d'ailleurs très analogue comme aspect, est superficielle et toujours dépourvue de granulations. En outre, il existe souvent en d'autres points de la face ou du corps des lésions lupiques qui dissipent les doutes.

Arrivé au terme de cette étude, la conclusion sera brève. Quand vous aurez à reconnaître une lésion commissurale, attachez peu d'importance aux signes objectifs. Examinez minutieusement le sujet *intus et extra*, palpez les ganglions, percutez et auscultez les viscères, scrutez les antécédents morbides, héréditaires et personnels. C'est en procédant de la sorte que vous trouverez les éléments véritables du diagnostic morphologique et surtout causal.

## Formulaire du Praticien

### Tuberculose pulmonaire (adultes)

Au début (quand les lésions ne sont pas trop accusées), si la toux est fréquente :

Prendre quatre fois par jour, le plus loin possible des repas, une des pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Terpine | 0 gr. 10 |
| Codéine } | ãã 0 gr. 01 |
| Extrait de jusquiame } | |
| — belladone | 0 gr. 005 |
| Masse de Cynoglosse | 0 — 05 |

Q. s. pour une pilule.

Avant chacun des principaux repas, prendre dans un peu d'eau sucrée une cuillerée à potage de cette solution :

| | |
|---|---|
| Biphosphate de chaux | 20 grammes |
| Arséniate de soude | 0 gr. 05 à 0 gr. 10 |
| Eau distillée | 300 grammes |
| Créosote de hêtre | 1 gr. 50 à 2 grammes |
| Teinture de noix vomique | 4 grammes |

Après le repas, prendre dans un peu d'eau ou de vin une cuillerée à potage de :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de quinquina jaune | 20 grammes |
| — de kola | 10 — |
| Glycérine pure | 300 — |

Pour les cas plus avancés, le traitement précédent ne suffit pas, Le suivant donne toujours de bons résultats :

1° Prendre chaque jour dans de l'eau sucrée, de la limonade, de la bière ou autre liquide 40 gouttes de la mixture qui suit :

| | |
|---|---|
| Ichthyol pur | 10 grammes |
| Eau distillée | 30 — |

Augmenter de 5 gouttes tous les deux jours jusqu'à 100, 150 et même 200 gouttes par jour (selon la gravité et la tolérance du malade).

Cohn, de Hambourg, qui a préconisé ce traitement en 1894, recommandait la solution dans l'alcool ; or, l'ichthyol est peu soluble dans l'alcool et beaucoup plus dans l'eau. Le goût, assez désagréable, de la préparation est très rapidement bien supporté par les malades, qui, en général, prennent plus volontiers l'ichthyol dans la *bière*. Cette manière de donner l'ichthyol m'a toujours mieux réussi que l'ichthyol donné en capsules, que j'ai essayé depuis la communication du Dr Le Tanneur (août 1896). Je suis revenu à l'ancien mode d'administration, bien plus efficace.

2° Au milieu de chacun des principaux repas, prendre deux des pilules suivantes (dans les cas graves, on peut aller jusqu'à 8 par jour).

| | |
|---|---|
| Eucalyptol } | ãã 0 gr. 05 |
| Iodoforme } | |
| Créosote de hêtre } | |
| Arséniate de soude | 0 gr. 001 |
| Cynoglosse | 0 — 05 |

Q. s. pour une pilule.

3° Après le repas, prendre dans un verre à bordeaux de vin iodo-tannique phosphaté, une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de quinquina jaune | 20 grammes |
| — de kola | 10 — |
| Glycérine pure | 300 — |

Dr Schoull.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Historique de l'emploi de l'urée en thérapeutique.** — Les anciens ont recommandé l'ingestion de l'urine de différents animaux contre l'hydropisie ; Dioscoride (Livre II, chap. 99) a conseillé l'urine de chèvres. — Dans l'ascite, Laennec a conseillé l'urée (*Froriep's Notizen*, T. XIII). — Martin Solon cite deux cas de guérison d'ascite par l'emploi de l'urée à la dose d'un scrupule (1 gr. 25). (*Dictionn. de méd. et de chir. prat.* T. XV, p. 468).— Rochoux a proposé d'administrer l'urée dans le diabète. (*Dict. de méd. et de chir. prat.* T. VI, p. 257). *Extraits du Dict. de thérap. de Szerlecki*, 1838).

Dans le traitement de la pleurésie, Laennec dit (*Tr. de l'auscult. médiate*, 4e édit., T. II, p. 517) : « J'ai employé, quelquefois avec succès, l'urée à la dose de 12 grains (0,60 centigr.) que je portais graduellement à un gros (3 gr. 80) et au delà par jour. » — A. C.

**L'infusion de feuilles de bouleau comme diurétique.** — Winternitz rapporte l'observation d'une malade chez qui cette médication a parfaitement réussi. Les feuilles de bouleau doivent être recueillies au printemps. Dès qu'elles sont bien desséchées avec soin, on peut les employer. On emploie 25 à 30 grammes de feuilles avec 150 à 200 grammes d'eau chaude on fait bouillir un petit instant et on laisse infuser pendant une à deux heures.

L'infusion de feuilles de bouleau est un puissant diurétique. 24 heures après la première administration, la diurèse se manifeste, on voit les urines monter de 300 à 400 centimètres cubes jusqu'à 2 litres, 2 litres 500. L'emploi de l'infusion de bouleau peut se prolonger assez longtemps sans aucun inconvénient. (*Centralblatt für gesammte therapie.*)

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement du paludisme larvé.** — Le paludisme larvé se présente sous trois formes cliniques différentes : 1° les névralgies ; 2° la céphalalgie et les insomnies ; 3° les hémorragies intermittentes.

La NÉVRALGIE INTERMITTENTE est la plus commune de ces fièvres larvées, elle atteint de préférence la cinquième paire, surtout les nerfs sus et sous-orbitaires, puis viennent ensuite le nerf occipital, les nerfs intercostaux, le sciatique. La névralgie sus-orbitaire s'accompagne d'une injection plus ou moins forte de la conjonctive, de photophobie et de larmoiement.

La thérapeutique s'adresse : 1° *aux crises* : on donnera 2 à 4 grammes de chloral; et, s'il est insuffisant, on fera une injection de morphine. L'aconitine cristallisée, à la dose d'un quart de milligramme, en granules, pourra donner, suivant les sujets, un bon résultat. L'aconitine amorphe peut se donner à la dose de 1 à 3 milligrammes. Burot et Legrand (*Thérapeutique du paludisme*) préconisent les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Aconitine amorphe..... | 0.010 milligr. |
| Sulfate de quinine..... | 1 gramme |
| Acide tannique ..... | 1 — |

Pour 20 pilules, 1 à 2 par jour.

Mais, d'après les mêmes auteurs, le médicament qui doit être essayé le premier, et de préférence, est l'antipyrine (2 à 4 grammes *pro die*) seule ou associée au sulfate de quinine.

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 3 grammes |
| Sulfate de quinine..... | 1 — |

Pour 6 cachets, 2 à 6 par jour.

On peut substituer le valerianate de quinine au sulfate ou au chlorhydrate.

2° *Dans l'intervalle des crises*, une légère révulsion, des vésicatoires volants pansés à la morphine, du sulfate de quinine sont de mise. Les doses de quinine seront administrées pendant les rémissions, de telle sorte que l'action de la quinine se fasse sentir avant l'exacerbation des phénomènes douloureux. On ne donnera pas moins de un gramme en vingt-quatre heures et en une seule fois.

3° *Pendant la convalescence* on soumettra le malade à un régime tonique, au fer, au quinquina, à l'arsenic, il évitera la constipation, les refroidissements, l'hydrothérapie.

CÉPHALALGIES ET INSOMNIES. Chez les anciens paludéens, on observe parfois des malaises, des insomnies, du réveil à heure fixe de la nuit, revenant sans hyperthermie notable, sans transpiration. Dans ces cas où le diagnostic est parfois obscur, l'examen du sang rendra de grands services; le traitement spécifique sera la pierre de touche.

HÉMORRAGIES INTERMITTENTES. Les fièvres larvées, caractérisées par des hémorragies intermittentes, sont rares. On les combattra par le quinquina sous forme d'extrait ou de poudre, de préférence à la quinine. Le tanin trouve ici sa véritable indication ; on l'administre en poudre à la dose de 1 à 2 grammes par jour; on peut aussi le donner en pilules, associé à l'opium.

| | |
|---|---|
| Tanin..... | 2 grammes |
| Extrait d'opium ..... ..... | 0,10 centigr. |
| Conserve de roses..... | Q. s. |

Pour 20 pilules, 1 toutes les 2 ou 3 heures.

Si l'hémorragie est peu abondante, il suffira souvent de faire prendre régulièrement 2 grammes de poudre de quinquina par jour, 1 gramme à chacun des principaux repas. — M. DEGUY.

## HYGIÈNE

**Hygiène des hémorrhoïdaires.** — D'après le professeur Mossé (de Toulouse), cette hygiène doit obéir à quatre indications : 1° éviter les causes capables de produire directement ou indirectement l'augmentation de tension dans le système porte et la réplétion des veines hémorrhoïdales ; 2° combattre la constipation ; 3° assurer l'antisepsie de la région où siègent les tumeurs variqueuses, et protéger celles-ci contre toute cause d'irritation interne ou externe (*Thérap. appliquée*, fasc. XI); 4° prescrire des médicaments antihémorrhoïdaires.

1° La vie de l'hémorrhoïdaire doit être sobre, active, régulière. Supprimer les excès de table, de coït, les courses prolongées à cheval ou à bicyclette; éviter la station assise trop prolongée. Recommander un exercice modéré, une alimentation mixte contenant des légumes verts, des fruits mûrs, vins légers en petite quantité et additionnés d'eau; peu de liqueurs, d'alcool, de boissons fermentées ; pas de mets de haut goût, de viandes faisandées, d'épices, de poivre en grains; pas de repas trop copieux.

2° Entretenir la liberté du ventre : par des lavements d'eau froide pris quelques instants avant que le malade se rende à la selle; par des laxatifs doux (tamarin, macération de graine de lin, huile de ricin, magnésie, poudre de réglisse composée, podophyllin, cascada sagrada, fleurs de soufre, etc.). Quand il y a indication d'agir sur le foie, et de combattre l'insuffisance hépatique, si souvent cause d'atonie intestinale, on se trouvera bien de cette formule :

| | |
|---|---|
| Calomel..... | 0,03 centigr. |
| Rhubarbe de Chine finement pulvérisée | 0,25 à 0,50 cent. |

Pour une prise : une le matin à jeun pendant trois ou quatre jours consécutifs.

Il faut se garder des purgatifs drastiques, et surtout de l'emploi des préparations aloétiques.

Digitized by Google

Le massage (général et abdominal) est un bon adjuvant, et en Amérique, on ordonne avec succès une gymnastique spéciale consistant à essayer de toucher ses orteils du bout des doigts sans plier les genoux. De cette façon, on réveille la contraction des muscles des parois abdominales et de la masse intestinale en leur imprimant des mouvements forcés.

La vie au grand air, l'hydrothérapie, les cures de raisin rentrent encore dans les moyens hygiéniques.

3° Il faut assurer l'antisepsie de la région ano-rectale, en faisant chaque jour, matin et soir, la toilette de la région anale et péri-anale avec de l'eau bouillie, on de l'eau boriquée. Après chaque exonération alvine, il faut procéder aux mêmes ablutions locales en se servant de petits tampons d'ouate hydrophile qui remplaceront toujours avantageusement les éponges et papiers de toilette. Enfin, on recommandera fréquemment l'usage des bains et demi-bains.

4° Existe-t-il des médicaments « antihémorrhoïdaires » capables, par leur action tonique ou vaso-constrictive, de posséder une action spéciale sur les tumeurs hémorrhoïdaires ? On a tour à tour vanté les *noix de cyprès*, le *millefeuille*, la *petite chélidoine*, l'*hydrastis canadensis*, le *capsicum annuum*. Ce dernier, vanté par Allègre, à la dose de 1 à 2 grammes de poudre ou de 60 à 80 centigrammes d'extrait à prendre en pilules par jour, aurait produit quelques résultats. Quand à l'*hamamelis virginica*, on le prescrit sous forme d'extrait fluide (2 à 3 cuillerées à café par jour), de teinture (30 à 40 gouttes), d'extrait sec (3 à 15 centigrammes). Mais Mossé a raison de dire que ce médicament fournit des résultats inconstants. On peut encore l'employer en pommades (vaseline et teinture à 1 pour 10), en suppositoires (extrait sec et beurre de cacao à 1 pour 50). Enfin, voici un liniment calmant :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide d'hamamelis virginica. | |
| — d'hydrastis canadensis | ãã 16 grammes |
| Teinture de benjoin composée..... | |
| Teinture de belladone..... | 4 — |
| Huile d'olives phéniquée à 4 0/0..... | 60 — |

Nota. — La teinture de benjoin composée (pharmacopée allemande) renferme : 9 parties de benjoin, 1 d'aloès, 2 de baume du Pérou, 72 d'alcool à 85°.

Cette formule très complexe, reproduite par Mossé, ne nous paraît appelée à un grand avenir.

Contre les hémorrhoïdes internes, on peut employer avec succès les préparations suivantes :

1° Suppositoire :

| | |
|---|---|
| Beurre de cacao..... | 2 à 3 grammes |
| Chrysarobine..... | 0,10 centigr. |

Pour un suppositoire.

2° Pommade (lorsqu'il existe un bourrelet hémorrhoïdaire) :

| | |
|---|---|
| Vaseline..... | 15 grammes |
| Chrysarobine..... | 0,80 centigr. |
| Extrait de belladone..... | 0,60 — |
| Iodoforme ..... | 0,30 — |

D'après Unna, l'emploi prolongé de la *chrysarobine* amènerait non seulement la disparition des hémorragies, mais encore la régression des hémorrhoïdes.

5° Maintenant, une question importante d'hygiène se pose. Doit-on chercher à guérir les hémorrhoïdes? Au temps de Stahl, qui regardait les hémorrhoïdes comme des émonctoires salutaires employés par l'organisme pour écouler au dehors un sang trop riche ou trop abondant, la réponse eût été négative, et quelques praticiens vivent encore dans ces idées d'un autre âge. Aujourd'hui, on ne regarde plus l'affection hémorrhoïdaire comme une diathèse, et l'on doit répondre hardiment à cette question : oui, il faut chercher à guérir les hémorrhoïdes par les moyens médicaux d'abord, et par les moyens chirurgicaux seulement dans les cas où, par leur volume et par diverses complications, les tumeurs hémorrhoïdaires doivent être supprimées. Ajoutons que cette suppression n'amène aucun retentissement sur l'organisme, contrairement à une opinion ancienne et tout à fait erronée. — R. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement simple de l'hydrocèle par les injections iodées, précédées d'une anesthésie de la vaginale à l'antipyrine.** — La cure radicale de l'hydrocèle a constitué un progrès sérieux dans le traitement de cette affection ; il est certain que, par ce procédé opératoire, on évite à coup sûr la récidive. puisque les lésions causales sont visibles et étalées. Cependant, ainsi que nous l'avons dit ici même, beaucoup d'hydrocèles guérissent par le traitement ordinaire, et la cure radicale n'est indiquée, d'une façon absolue, que lorsque la ponction et l'injection ont échoué, ou qu'on se trouve en présence d'une pachyvaginalite d'emblée, ce qui est rare.

M. Pousson, à ce sujet, attire l'attention sur un procédé simple qui lui est propre, qui réduit au minimum la douleur et qui nous paraît en tous points recommandable. Il supprime d'abord à peu près, par une pulvérisation, très limitée, au chloréthyle, la sensation peu pénible de piqûre des téguments ; puis, pour supprimer celle beaucoup plus douloureuse qui résulte du contact de la teinture d'iode avec les parois de la vaginale, il a recours à l'anesthésie due à l'injection d'une solution d'antipyrine à 2 à 3 0/0, évitant ainsi les dangers qui peuvent résulter de l'emploi de la cocaïne. (*Affections chirurgicales des organe génito-urinaires.*)

Voici d'ailleurs le procédé opératoire : 1° lavages du scrotum au savon au sublimé et anesthésie des téguments à l'aide du chloréthyle, dont le jet est dirigé à travers le trou d'une plaquette de coton ; 2° ponction de la vaginale ; 3° le liquide évacué, introduction, non avec la seringue, mais avec un entonnoir, selon le procédé de Guyon, d'autant de la solution d'antipyrine qu'il peut en pénétrer ;

Digitized by Google

on laisse la solution en contact avec la vaginale pendant cinq minutes; 4° injection de teinture d'iode pure ou aqueuse, avec l'entonnoir, et après malaxation du scrotum, évacuation; 5° le trocart retiré, s'abstenir du collodion, souvent douloureux, et irritant; froisser simplement les enveloppes du scrotum au niveau de la piqûre et appliquer un bandage ouaté, méthodiquement comprimé et fortement appliqué sur la face interne de la cuisse.

La plupart des malades ainsi traités n'ont éprouvé aucune douleur ou une sensation de courte durée, et la réaction opératoire a été insignifiante. — L. Flœrsheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 1er juin 1897*

**Le lait stérilisé.** — M. Budin. Une communication avait été faite en 1893 par M. Budin sur la direction que devait prendre l'allaitement d'une manière générale. A cette époque ses conclusions étaient les suivantes : avant tout encourager l'allaitement par le sein; lorsque cet allaitement doit être abandonné complètement ou incomplètement, le remplacer totalement ou partiellement par le lait stérilisé. Et pour encourager cette pratique, il se fondait plusieurs consultations destinées aux jeunes nourrissons, destinées à vulgariser ces principes, destinées à procurer aux mères indigentes le lait stérilisé.

Depuis cette époque, M. *Budin* a un peu modifié son opinion. — Cette opinion s'appuie et se justifie par la statistique des enfants morts de diarrhée. D'un côté se trouvent les enfants nourris au lait ordinaire ou au sein; d'un autre côté les enfants nourris exclusivement au lait stérilisé. L'alimentation par le lait stérilisé exclusif donne 41 0/0 de moins de morts que les deux autres procédés réunis. Cette statistique serait d'autant plus probante que la première catégorie emprunte la plupart de ses observations à la classe aisée, qu'elle comprend des enfants nourris au sein exclusivement. De plus, parmi les morts portés dans la deuxième catégorie, on compte bon nombre d'enfants atteints de diarrhée avant l'adoption du lait stérilisé.

M. Gariel présente au nom de M. Mendel un travail dans lequel l'auteur, au moyen de recherches physiques et physiologiques, a pu démontrer que la respiration nasale procure plus d'air que la respiration buccale dans un même temps et pour un même effort inspiratoire.

Il donne ainsi une explication aux troubles que présentent les enfants porteurs de végétations adénoïdes. Cette même explication s'applique aux adultes atteints d'une obstruction des fosses nasales qui sont forcément frappés d'anoxylémie chronique. M. Mendel a imaginé un appareil auquel il donne le nom de rhinomètre à l'aide duquel on peut déterminer avec précision le degré de la respiration nasale.

M. Houzel (de Boulogne) rapporte l'observation d'une malade opérée d'une tumeur abdominale prise pour une tumeur solide de l'ovaire. On se trouvait en présence d'une énorme rate adhérente aux organes voisins et tout spécialement à l'angle colique gauche. La splénotomie paraissant trop périlleuse, M. Houzel pensa à imiter l'exothyopexie de *Poncet*; il sutura le péritoine à la capsule splénique assez près du pédicule et laissa ainsi la tumeur au dehors. Le sphacèle se fit en un mois et élimina la tumeur sans réaction péritonéale. Cette exosplénopexie ne serait-elle pas l'opération de choix quand on tombe sur une tumeur de la rate trop difficilement extirpable. En effet, la statistique de M. Quenu portant sur 21 cas de splénotomie, compte seulement 5 réussites contre 16 morts.

M. Combes. A propos d'un procédé permettant de déceler, par la radiographie, les corps étrangers du sinus maxillaire. Ce procédé consiste à mettre la plaque sensible sur la face convexe d'un moule de la voute palatine et à projeter les rayons sur la partie supéro-externe du crâne, un peu au-dessus de l'os molaire.

M. Audéer décrit, à la surface des séreuses, de petits orifices faisant communiquer la surface de ces séreuses avec les voies lymphatiques ou sanguines. D'après cet auteur, ces stomates posséderaient de petits sphincters concentriques. La forme la plus ordinaire, vue de profil, aurait l'apparence d'un entonnoir, vus de face, les sphincters concentriques ressembleraient aux cercles concentriques d'une cible.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 28 mai 1897*

**Lésions du cerveau et de la moelle dans un cas de démence. Atrophie du réseau d'Exner et chromatolyse des cellules.** — M. Gilbert Ballet fait une communication sur les lésions du cerveau et de la moelle rencontrées chez un malade, ancien syphilitique, affecté de démence progressive avec troubles de la marche. La mort a eu lieu à l'âge de cinquante quatre ans, et les symptômes d'affaiblissement intellectuel, qui s'étaient accentués, surtout depuis un an ou deux, avaient commencé à se manifester six ans avant environ.

Comme lésion macroscopique, on a trouvé une dégénérescence athéromateuse très accusée de toutes les artères cérébrales. Il y avait ceci de particulier, c'est qu'en dehors du cerveau et de la moelle, l'endartère avait partout conservé sa souplesse et son aspect normal. M. G. Ballet incline à penser que la syphilis n'a pas été étrangère à la production de ces lésions athéromateuses ainsi localisées sur les artères du névraxe. Malgré le degré très accusé de ces dernières, l'examen très attentif de l'écorce cérébrale et de la substance blanche ne fit découvrir en aucun point de foyer de ramollissement. Ce n'est donc point à des lésions macroscopiques de la substance cérébrale qu'on peut rapporter l'affaiblissement intellectuel considérable qu'avait présenté le malade.

Cet affaiblissement doit être mis sur le compte des lésions cellulaires que M. G. Ballet a constatées au moyen de la méthode de Nissl. En effet, sur des préparations portant sur la frontale ascendante et sur le lobule paracentral, on voit que les cellules de l'écorce, petites et

Digitized by Google

grandes cellules pyramidales. cellules géantes de Betz, sont altérées. Leur protoplasma, au lieu de présenter, comme à l'état normal, des granulations fortement colorées par les couleurs basiques d'aniline, tend à devenir homogène. Les granulations ont presque partout complètement disparu. Les cellules de la moelle présentent des altérations analogues, quoique moins accusées. Indépendamment des lésions cellulaires, on constate, par la coloration au Pall rapide, la disparition des fibres tangentielles et l'atrophie du réseau d'Exner.

M. G. Ballet estime que ces diverses lésions ne peuvent être rapportées à des oblitérations artérielles, qui, elles, ont pour conséquence des foyers de nécrobiose. Il faut les rattacher, soit à l'anémie relative occasionnée par le rétrécissement athéromateux du calibre des vaisseaux, soit, plus vraisemblablement à l'action des mêmes toxines (syphilitiques ou autres) qui avaient amené la dégénérescence des artères.

En ce qui concerne la signification de la disparition des granulations chromatophiles des cellules nerveuses (lésions de chromatolyse), dans les différentes circonstances où on la rencontre, M. G. Ballet ne pense pas qu'on puisse mettre en doute qu'il s'agisse là d'une lésion. Certes, cette lésion n'entraîne pas comme conséquence nécessaire la suppression fonctionnelle de l'élément anatomique ; il a vu, avec M. Dutil, comme Goldscheider et quelques autres, la lésion persister après la disparition du trouble fonctionnel. Mais il estime que l'intérêt de la chromatolyse réside précisément en ce qu'elle est la première révélation du trouble de nutrition de la cellule, dont le degré et, par suite, les conséquences sont susceptibles de s'accuser plus ou moins suivant les circonstances. Elle permet de reconnaître que cette cellule est en voie de désorganisation alors que les autres méthodes de coloration ne nous révèlent la lésion qu'à ses phases avancées et à ses degrés ultimes.

**Note sur l'application de la méthode Rœntgen au diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme chronique.** — MM. Oudin, Barthélemy et Béclère présentent toute une série d'épreuves radiographiques montrant des mains normales de jeune homme et de vieillard, des mains et des pieds atteints de goutte ou de rhumatisme chronique progressif. A l'état physiologique, les cartilages articulaires sont transparents aux rayons X et les extrémités articulaires des os, figurées en noir, sont séparées par une zone claire en forme de bande bien régulière de un à trois millimètres de largeur. Ces espaces clairs intercostaux persistent à l'état de santé même dans un âge très avancé. Ils persistent également dans la goutte. Ce qui caractérise l'aspect des lésions goutteuses, à l'examen radiographique, c'est, avec la persistance de ces espaces, la présence des tophus qui apparaissent comme des taches d'une teinte relativement blanche sur la couleur sombre du tissu osseux. Les espaces clairs intercostaux, au niveau des jointures, disparaissent au contraire de bonne heure dans le rhumatisme chronique progressif, même chez les jeunes sujets, et cette disparition constitue, avec l'hypertrophie et la déformation des extrémités articulaires des os, le signe distinctif que fournit la méthode Rœntgen pour le diagnostic du rhumatisme déformant.

**Tuberculose du péricarde et du cœur, granulie.** — M. Mathieu présente une pièce anatomique provenant d'un homme, entré dans le service pour une bronchopneumonie qui ne fut pas considérée comme de nature tuberculeuse, et mort quelque temps après dans le coma. A l'autopsie, on trouva une granulie généralisée à tous les viscères, mais plus abondante dans les poumons, une symphyse du péricarde, de nature tuberculeuse. Au niveau du hile pulmonaire, existaient de grosses masses ganglionnaires, faisant corps avec le péricarde et faisant saillies dans l'oreillette droite ; leur centre était caséeux et ramolli ; quelques unes au niveau de l'endocarde présentaient des érosions par lesquelles la matière tuberculeuse s'était directement mêlée au sang de l'oreillette droite, d'où la dissémination consécutive des bacilles dans le torrent circulatoire, avec accentuation dans les poumons les premiers atteints.

**Traitement du diabète.** — M. Marie rapporte deux observations de diabétiques, traités par le bleu de méthylène (0 gr. 60 par jour) avec adjonction du bicarbonate de soude (10 gr. par jour): le régime alimentaire ne fut pas modifié. Chez le premier, la quantité de sucre qui était de 23 gr. par litre, tomba à 6 gr. en dix jours; chez l'autre, le traitement resta sans influence ; il est vrai que ce malade éiait albuminurique et cachectique.

M. Marie en conclut que l'hypothèse qu'il avait faite concernant l'action du bleu de méthylène sur le glycose ne correspond pas à la réalité des faits, et que l'amélioration observée sur le premier malade est probablement due au bicarbonate de soude.

**Pigmentation cutanée chez une morphinomane.** — M. Moutard-Martin présente une femme de 35 ans, syphilitique depuis quatre ans et morphinomane, dont la peau est couverte de taches pigmentaires bleuâtres. L'examen histologique de l'une de ces taches montra une atrophie de tous les éléments anatomiques de la peau, par une sorte de processus cicatriciel ; on trouve quelques grains noirâtres dans la gaine externe des vaisseaux, mais aucune poussière métallique, ni lésion inflammatoire. La pathogénie de ces taches reste indéterminée.

M. Letulle a observé sur le dos d'une morphinomane quelques taches bleues analogues.

M. Chauffard. Les anciens morphinomanes présentent parfois des taches pigmentaires noires ; peut-être dans 6 cas particuliers la différence de tonalité est-elle due à la différence de la quantité de pigment accumulé dans la peau. — H. M.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 26 mai 1897*

**Traitement conservateur de la coxalgie chez les enfants.** — M. Kirmisson. Nulle part la méthode conservatrice dans la cure de la coxalgie ne trouve mieux son application que chez les enfants; le grand reproche que l'on peut lui faire est la longue durée du traitement; mais il n'a qu'une médiocre importance à cette période de la vie, où l'immobilisation est mieux supportée que chez l'adulte.

On peut examiner ce traitement aux trois phases de la coxalgie : sans abcès, avec abcès et avec lésions osseuses.

Au début de l'arthrite coxo-fémorale, deux méthodes conservatrices ont été proposées : l'immobilisation prolongée, l'extension continue.

M. Kirmisson préfère l'immobilisation par un appareil plâtré, sans extension, surtout lorsqu'il n'y a pas de déformation ni d'attitude vicieuse. Quelle attitude faut-il donner au membre malade? L'adduction, l'inversion du membre en dedans, avec usure de la tête fémorale, et plus tard luxation avec raccourcissement considérable, sont la source de tous les maux. Il faut donc immobiliser le membre dans l'abduction moyenne, de façon à établir un emboîtement réciproque entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde, pour éviter une ankylose dans une attitude vicieuse ou une subluxation. Si le membre est déjà dans une attitude vicieuse, on ne devra point pratiquer de redressement brusque ou forcé, dans la crainte de provoquer une inoculation tuberculeuse, et une méningite, ainsi qu'il a vu plusieurs exemples dans des cas semblables. On aura recours au redressement lent par extension continue. S'il y a ankylose ou rétraction musculaire s'opposant au redressement, il fait à ciel ouvert la section des muscles contracturés et du tissu fibreux, ce qui rend le redressement facile, ou même la section sous-trochantérienne, suivant les cas.

Dans la coxalgie avec abcès, il a obtenu d'excellents résultats par la ponction, suivie d'injection d'éther iodoformé qui pénètre dans toutes les anfractuosités beaucoup mieux que le naphtol camphré! il ne fait pas plus de 3 de ces injections, à trois semaines d'intervalle. Il n'est point partisan du curettage intégral, suivant la formule de M. Menard, qui peut conduire à des opérations osseuses étendues; mais, quand cela est nécessaire, il pratique le drainage. Quant aux résections, il en fait le moins possible, pour éviter des fistules interminables.

M. Reclus. La communication de M. Kirmisson remet à l'ordre du jour l'aggravation des tuberculeux par les traumatismes, question si chère à M. Verneuil. Cependant, d'après une statistique de M. Lannelongue, il ne semble pas qu'il y ait un plus grand nombre de méningites chez les tuberculeux opérés que chez les non opérés.

**Osteo-sarcome pédiculé du tibia, ablation de la tumeur, guérison.** — M. Verchère. Dans l'observation que je communique, il s'agissait d'une jeune malade qui vit, en sept mois, se produire avec accompagnement de très violentes douleurs une tumeur occupant exactement le mollet. Le volume en était considérable, la consistance élastique, pseudo-fluctuante par tension de la tumeur. A sa surface, un abondant lacis de veines serpentait. Il alla consulter à Saint-Antoine MM. Monod et Walther, qui conseillèrent l'un et l'autre l'amputation de la cuisse. Je fis le même diagnostic et n'étais pas éloigné de donner le même conseil, si je n'avais cru sentir une apparence de mobilité de la tumeur sur la face postérieure du tibia et la régularité de forme de la face intérieure et de la crête du tibia. Avant d'en venir à l'amputation, persuadé de la nature de la tumeur, ostéo-sarcome, je résolus de rechercher si le tissu osseux de la tumeur ne viendrait pas sur une épreuve photographique de Rœntgen.

On peut voir sur cette épreuve que la tumeur est, pour ainsi dire, pédiculée sur la face postérieure du tibia qu'elle laisse intact dans sa forme, et s'étale ensuite en une vaste tumeur sous-musculaire, exactement limitée. La nature, même osseuse de la tumeur se révèle à merveille et l'on peut voir les petites masses de tissu osseux disséminées dans la tumeur.

L'examen, après l'opération, devait vérifier exactement ce qu'avait appris la radiographie. La tumeur était parfaitement isolée, elle avait soulevé le muscle soléaire dont elle se revêtait et tendait l'aponévrose interne. Je pus par l'incision et la ligature de la tibiale postérieure l'atteindre, la contourner, l'énucléer et l'enlever complètement sans léser ni les vaisseaux ni les nerfs tibiaux qui la contournaient en arrière et que je disséquai dans toute leur étendue. L'implantation sur le tibia était des dimensions d'une pièce de 5 francs, et ayant incisé le périoste sain à un centimètre de cette insertion, je pus très facilement, avec un détache-tendon, la décoller complètement. Elle tenait exactement avec le périoste et au-dessous l'os dénudé était parfaitement sain. Je donnai pour m'en assurer quelques coups de gouge, qui me confirmèrent dans l'idée d'absence de tout bourgeon, pénétrant dans le tissu osseux lui-même.

La tumeur était un ostéo-sarcome globo-cellulaire, parsemée de très nombreuses trouées osseuses, plus ou moins fragmentées et baignant dans un tissu friable et ramolli.

Quelle sera l'issue définitive de cette intervention? Je n'ose espérer l'absence de récidive, mais pendant le temps que le malade attendra cette récidive, il aura son membre inférieur, ce qui n'est pas à dédaigner pour un jeune homme de 19 ans. Et lorsque cette récidive surviendra, ce qu'elle aurait également fait si on avait amputé la cuisse, il sera encore temps de pratiquer cette amputation pour donner encore une nouvelle période de survie.

**Traitement des fractures de la rotule par le cerclage.** — M. Lejars. La fracture double simultanée des rotules est peut-être moins rare qu'on ne l'a dit, ainsi qu'il en a observé plusieurs exemples. Lorsque le fragment inférieur est petit, M. Lejars emploie pour le réunir au fragment

Digitized by Google

supérieur le cerclage avec un fil d'argent, que l'on fixe en bas dans le tendon rotulien. Ce procédé déjà été préconisé par M. Berger, évite de perforer le fragment inférieur, très facile à éclater sous l'action du perforateur. Il peut de plus être employé avec avantage dans les fractures communitives à petits fragments; la guérison est aussi rapide qu'avec la suture directe intra-osseuse des deux fragments principaux.

M. Brun montre de la part de M. *Civel*, de Brest, une colonne vertébrale, atteinte de mal de Pott, redressée brusquement. Le redressement a été suivi de pleuro-pneumonie et de mort deux mois après.

M. Montprofit (d'Angers) présente une double valve abdomino-vaginale pour laparotomies, qui permet d'écarter largement les parois abdominales, et qui tient en place sans le secours d'aucun autre, prenant un solide point d'appui dans le vagin, et au dessous de la symphyse. Cet instrument, très simple, rend très faciles toutes les manœuvres au fond du bassin.

*Séance du 2 juin 1897*

**Traitement de la coxalgie chez les enfants.** — M. Broca pense, comme M. Kirmisson, que dans les coxalgies non suppurées le traitement doit être conservateur, par l'immobilisation prolongée, mais en y ajoutant l'extension continue à l'aide de l'appareil de Lannelongue, plus propre, plus facile à surveiller que la gouttière de Bonnet ou le simple appareil plâtré. Lorsque la hanche est souple, avec l'extension bien dirigée, la jointure conserve tous ses mouvements et le membre ne prend pas d'attitude vicieuse. Si cette dernière attitude existe déjà, il pratique le redressement brusque sous le chloroforme et applique un plâtre. Dans cette occurrence, il ne redoute pas l'inoculation tuberculeuse et la méningite que l'on a signalées comme consécutives à ces manœuvres; cette éventualité ne lui a pas paru plus fréquente chez les tuberculeux opérés que chez les non opérés.

L'injection d'éther iodoformé lui a paru bonne dans la cure des abcès; quant au curettage intégral, sans drainage de la cavité cotyloïde, il n'en est point partisan dans la clientèle hospitalière, car il redoute des fistules interminables.

M. Brun adopte l'opinion de M. Kirmisson. Le traitement de la coxalgie doit être surtout conservateur; sans abcès immobilisation simple. L'extension continue n'y sera ajoutée que s'il existe des douleurs; celles-ci étant calmées par l'extension continue. L'immobilisation sera pratiquée par un appareil plâtré, qui, bien appliqué, restera inoffensif.

Il ne craint pas de pratiquer le redressement forcé en cas d'adduction et de flexion du membre, l'inoculation tuberculeuse lui paraissant fort rare dans ce cas. En effet, il a observé 6 cas de méningites tuberculeuses chez des enfants atteints de tumeurs blanches; chez l'un, elle fut consécutive à un redressement du genou, mais chez les autres elle éclata en dehors de tout traumatisme. Cette doctrine de l'auto-inoculation consécutive au redressement des jointures tuberculeuses aurait besoin d'être appuyée sur un plus grand nombre d'observations pour être adoptée.

Dans le traitement des abcès, il emploie les injections de naphtol camphré, surtout dans le but de modifier la poche : cela étant fait il l'ouvre et la fait cicatriser à ciel ouvert.

Il s'abstient également des résections de la hanche, pour éviter les fistules.

M. Reynier. Tout le monde étant d'accord sur la nécessité de l'immobilisation, le choix des appareils n'est pas le même, suivant que l'on agit sur la clientèle de ville ou à l'hôpital. La gouttière de Bonnet, bien appliquée à la taille du malade, est certainement le meilleur appareil immobilisateur, car elle permet le transport facile du patient et en même temps l'extension; mais elle est d'un prix très élevé. A l'hôpital, l'appareil plâtré ou la planche de Lannelongue rendront autant de services. Tous ces appareils ont leurs indications particulières d'emploi.

En cas d'attitude vicieuse, il pratique le redressement sous le chloroforme; sans se préoccuper des inoculations possibles, mais non fréquentes.

**Kystes hydatiques du rein.** — M. Houzel de Boulogne, communique deux observations de kystes hydatiques du rein; il s'agissait de tumeurs à parois dures, présentant les signes de coliques néphrétiques et évoluant depuis plusieurs années. Dans un cas il fit la néphrectomie; par malheur il s'agissait d'un rein unique et le malade succomba par anurie, quoiqu'il eût laissé un moignon de rein; dans l'autre, il fit la néphrotomie lombaire, qui fut suivie de guérison.

M. Peyrot a observé quatre cas de kystes hydatiques du rein; il pense que ces tumeurs sont justiciables de la méthode générale de traitement des kystes hydatiques du foie : fixation à la paroi abdominale et ouverture de la poche, et que l'on ne doit pas extirper dans ce cas un organe aussi important que le rein.

**Hydronéphrose du rein droit diagnostiquée par le cathétérisme urétéral et traité par la sonde à demeure dans l'uretère.** — M. Schwartz présente, au nom de M. Imbert, son interne, et en son nom, un malade dont voici en résumé l'histoire.

C'est un homme de 44 ans, entré dans le service du docteur Chauffard à l'hôpital Cochin pour une énorme tumeur du côté droit de l'abdomen. Le malade fut placé dans mon service, mon collègue ayant pensé à une affection chirurgicale.

La tumeur liquide, étant de 4 à 5 semaines seulement, présentait des caractères tels qu'il était impossible de préciser le diagnostic. Mon interne, M. Imbert, put, grâce au cystoscope d'Albarran, cathétériser facilement l'uretère droit et évacue en 3 séances 4 litres de liquide noir constitué par un mélange d'urine et de sang plus ou moins altéré.

Le docteur Albarran a eu l'obligeance de voir notre malade, de le cathétériser, et de lui appliquer la sonde à demeure.

La tumeur a totalement disparu à droite et s'écoule par le cathéter intra-urétéral à 250 grammes environ en 24 heures d'un liquide louche, couleur brunâtre contenant peu d'urée, beaucoup d'albumine, le rein gauche se vide par la verge le long du cathéter en gomme et fournit une urine claire, de 1500 à 2000 grammes environ en 24 heures peu albumineuse. Le malade ne souffre plus. Malgré tout le pronostic est très réservé, car le rein gauche est atteint de néphrite interstitielle, étant donné un bruit de galop très net et la polyurie du rein non hydronéphrotique.

Inutile d'insister sur la portée des services que peu

Digitized by Google

rendre et que rendra dans tous les cas de maladies des reins le cathétérisme de l'uretère rendu facile par l'instrumentation que vous a montrée le docteur Albarran dans une de nos dernières séances. — H. M.

## REVUE DES SOCIETES SAVANTES

### Société obstétricale et gynécologique de Paris

*Séance de mai 1897*

M. Pichevin présente un fibrome utérin enlevé par la voie abdominale. Il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Richelot ; il insiste sur la facilité et les suites de cette opération.

M. Richelot fait remarquer qu'une fois les fibromes enlevés, il n'est pas plus difficile d'enlever l'utérus que de confectionner un moignon avec le bout du col que l'on veut laisser. L'hystérectomie totale lui a donné de bons résultats. De plus, à mortalité égale, il reste des inconvénients inhérents au pédicule : suppuration, perforation de l'intestin, fistules stercorales. Dans certains cas, il a dû enlever par la suite le moignon qu'il avait laissé.

M. Maygrier. **Grossesse gémellaire univitelline.** — Le placenta n'a pas été injecté, mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme ; les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur ; son cœur était aussi hypertrophié. Ici, le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

M. Porak. **Grossesse gémellaire à circulation dépendante.** — Schatz a insisté, dans les grossesses univitellines, sur leur caractère particulier de présenter des anastomoses vasculaires interplacentaires. M. Porak pense que la différence de poids des jumeaux vient de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'une même vésicule de de Graaf, c'est-à-dire lorsque la grossesse gémellaire est univésiculaire.

Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares. M. Porak en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de M. Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé.

Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au 7e mois et demi. Le fœtus transfuseur pèse 1200 grammes, a vécu quelques heures, son cœur 10 gr. 50, rouge, en systole, le foie 43 grammes. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le Le fœtus transfusé, mort en naissant, est en état d'asystolie, pèse 980 grammes. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous-cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13 gr. 50, pâle, mou, en diastole ; foie 75 grammes.

Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématuré et d'avortement. Lorsque l'un des enfants succombe avant le 4e ou le 5e mois, il peut rester dans l'utérus et devenir fœtus papyraceus. La cause de la mort du fœtus provient certainement d'anastomoses des gros vaisseaux placentaires qui établissent la prépondérance marquée d'un fœtus sur l'autre, en particulier d'anastomoses à la fois d'artère à artère et de veine à veine Lorsque ces anastomoses existent, le partage du placenta à peu près égal entre les deux fœtus ne semble pas possible. Suivant la part qui appartient au fœtus le plus faible, ses conditions de vitalité se trouvent compromises. Par une transition insensible, on constate tous les intermédiaires entre le fœtus papyraceus et les différentes variétés de monstruosités omphalosites.

Les fœtus pourvus de tous leurs organes, bien constitués, ne peuvent pas vivre ; ils deviennent fœtus papyraceus. L'auteur en relate trois observations, dont deux personnelles. Il s'agissait de grossesses univitellines. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout, peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite ; c'est la monstruosité omphalosite. Aussi semble-t-il rationnel de classer les monstres omphalosites : parencéphale, acéphales, anidiens, d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure.

**M. Demelin, accoucheur des hôpitaux.** — Notre cher collaborateur depuis de longues années, que nos lecteurs connaissent et apprécient tout particulièrement, vient d'être nommé, après un brillant concours, accoucheur des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de ce succès si mérité, qu'attendaient avec impatience tous ceux qui le connaissent, c'est-à-dire ses amis, et ce succès est bien sensible à la Rédaction du *Journal des Praticiens* qui s'en trouve très honorée. Elle envoie à M. Demelin l'expression de ses plus chaleureuses félicitations auxquelles tous les lecteurs de notre journal s'associeront de grand cœur, puisque notre cher et savant collègue pourra, sans doute plus souvent, continuer sa collaboration si instructive et si précieuse pour les praticiens.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires**, par le professeur Félix Guyon, 3 volumes, 1894, 1896, 1897. J.-B. Baillière.

Le professeur Guyon a fait paraître, de 1894 à 1897, trois volumes de cliniques, dont le premier est consacré aux symptômes fonctionnels chez les urinaires et aux modifications pathologiques des urines. Le second traite de l'empoisonnement urinaire, de ses signes physiques et de son traitement local ; le troisième enfin, le dernier paru, contient une série de leçons sur l'antisepsie urinaire, sur le cathétérisme, sur l'anesthésie.

Laissant de côté les deux premiers volumes, déjà connus de nos lecteurs, nous nous contenterons d'analyser les excellentes leçons contenues dans celui paru récemment.

Une première leçon nous expose tout ce qui est relatif à l'antisepsie et le cathétérisme. Nous y trouvons les nouvelles manières de stériliser par les vapeurs de formol les cathéters de gomme, l'antisepsie et la lithotritie, l'antisepsie et la cystoscopie.

Quatre leçons très importantes sont consacrées au cathétérisme explorateur. Soit qu'il s'agisse d'un homme sain ou d'un malade de l'urètre ou de la vessie, l'endoscopie soit urétrale, soit vésicale, nous est montrée dans tous ses détails, avec figures coloriées très démonstratives. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ces chapitres, où tout nous montre la grande expérience du maître qui les a conçus.

Le style imagé et à formules précises du professeur Guyon grave dans l'esprit les principes fondamentaux, si nécessaires

Digitized by Google

pour une bonne exploration des voies urinaires, normales ou malades.

Les quatre leçons qui suivent traitent du cathétérisme évacuateur, des instruments évacuateurs, de leur choix adopté à tel ou tel cas, de leur manœuvre, qu'ils soient souples ou rigides, des manœuvres exceptionnelles.

Une leçon tout entière est consacrée à l'étude de la sonde à demeure, à la connaissance de son action thérapeutique, de sa tolérance, de la manière de la fixer et de l'entretenir, de ses inconvénients et des moyens d'y remédier. Puis vient l'exposé des lavages de l'urètre et de la vessie et des procédés employés pour arriver le plus facilement au but pour la dilatation rapide ou lente de l'urètre, etc., etc. Les deux dernières leçons sont consacrées à l'anesthésie générale et locale.

Quand nous aurons dit que le dernier volume contient à lui seul une soixantaine de figures, plus deux magnifiques planches coloriées destinées à nous montrer les aspects de l'urètre et de la vessie par l'endoscopie, nous aurons, du moins nous l'espérons, donné de ce livre l'impression excellente qu'il nous a fait éprouver.

Dr E. Schwartz.

**La puberté chez la femme** (*Etude physiologique, clinique et thérapeutique*), par les Drs Ch. Barbaud et Ch. Lefèvre, A. Maloine, éditeur. Paris, 1897.

Cette intéressante monographie débute par une description très fouillée des divers *processus physiologiques*, dont l'ensemble marque cette délicate période de la vie féminine. Une telle description impliquait forcément un exposé *anatomo-histologique* résumé des organes, en voie d'évolution, qui concourent à la production de ces phénomènes. — Comme suite logique à cette entrée en matière, vient la discussion de l'*influence des climats, des conditions sociales*, et de bien d'autres facteurs, susceptibles d'imprimer à ce premier acte de l'existence de la femme une décisive tournure. — Ce premier acte est en effet d'une importance capitale, et ne doit pas être confondu avec la nubilité. Cette distinction amène tout naturellement la critique de notre *législation*, au sujet des mariages et surtout des mariages trop précoces. Il y a dans nos lois de saisissants illogismes, qui sont mis en évidence de la plus nette autant qu'originale façon. — Très curieuse aussi la narration clinique des *signes physiques et psychiques de la puberté*, tant dans la classe riche que dans la classe pauvre. La psychologie de la virginité et de la « demi-virginité » est touffue de détails analytiques fort clairs.

Nous arrivons ensuite à l'exposition des *états pathologiques* si complexes, dont les causes sont détaillées avec le grand soin. Cette partie du travail présente un vif intérêt, surtout celle qui a trait aux désordres de l'appareil utéro-ovarien et aux troubles nerveux, si variés et si protéiformes. Cela, d'autant plus que nos deux confrères ne se contentent point de disserter en philosophes, et qu'ils nous indiquent, après la symptomatologie et le diagnostic, une méthode thérapeutique rationnelle.

Sur ce point encore, de nombreux détails abondent, simples, précis, qui doivent apporter le correctif nécessaire aux manifestations morbides communes à cette période critique de la vie des jeunes filles. Nous entendons parler ici du *traitement hygiénique et moral*, applicables à cette phase si souvent troublée de l'existence virginale. Cette étude, enfin, se termine par un ensemble de considérations sur le *traitement des troubles et complications* inhérents à cet âge, enfin sur le *traitement thermal* qui occupe une large place. — Dr Carron de la Carrière.

Je veux ajouter un mot à ce compte rendu, et cela pour corriger une petite inexactitude historique que je trouve à la page 224. Les auteurs de ce travail disent que, « MM. Chéron et Huchard ont pu de la sorte (par l'emploi de l'antipyrine à l'intérieur) supprimer en même temps et très vite écoulement sanguin et douleurs » de la dysménorrhée ménorrhagique. Je dois à la vérité de déclarer que la priorité de la notion relative à l'action hémostatique de l'antipyrine appartient à M. Hénocque, comme cela résulte de ses expériences faites en 1884 avec mon regretté élève M. Arduin, expériences consignées dans la thèse inaugurale de ce dernier auteur. En cela, je n'ai fait que les suivre dans les applications de l'antipyrine au traitement des hémorragies. Par conséquent, mon nom ne méritait pas, en cette occurrence, d'être cité en dehors de ceux de MM. Hénocque et Arduin. — H. H.

## *THERAPEUTIQUE HYDRO-MINERALE*


### Les bains salins de la Mouillère

PRÈS BESANÇON

*Eaux naturelles, iodo-bromo-chlorurées, fortes et eaux-mères*

Pour tous ou presque tous, de la prime enfance à la vieillesse, la vie moderne devient une lutte intensive où les forces s'épuisent, où les organismes s'altèrent et finiraient par succomber vite, si la trêve forcée des vacances ne leur apportait un repos indispensable. Encore cette période de repos doit-elle être en même temps une période de réparation et de préparation, de remise en état de l'organisme et de mise en réserve de nouvelles forces.

Tout cela on va le demander, et avec raison, aux grands modificateurs naturels de la nutrition : changement d'air et d'altitude, exercice, régime, hydrothérapie, bains de mer et cures d'eaux thermo-minérales.

Parmi ces dernières, les eaux salées à forte concentration, type *la Mouillère*, jouent un rôle capital et de plus en plus apprécié, qui tend à vérifier l'antique dicton : *in sale salus*. C'est que ces eaux salées et leurs eaux-mères sont avant tout toniques et reconstituantes; elles sont, par conséquent, indiquées dans toutes les affections où se rencontrent, à titre d'élément constitutif ou seulement même à titre de complication, une certaine débilité congénitale ou acquise, un certain degré d'anémie, d'asthénie nerveuse, d'atonie générale.

C'est, en effet, aux débilités, au lymphatisme, à la scrofule et aux tuberculoses localisées d'une part ; aux affections chirurgicales anciennes (ganglionnaires, osseuses et articulaires) et à certaines maladies chroniques de la femme (tumeurs fibreuses utérines en particulier) d'autre part, que s'applique la véritable spécialisation des eaux de *la Mouillère*.

On peut dire même que la *Mouillère-Besançon*, avec sa forte bromuration, avec sa chloruration formidable (291 grammes par litre), jouit d'une particulière efficacité, au premier rang parmi ces eaux dont la jouissance, selon Durand-Fardel, peut être évaluée d'après leur teneur en chlorure de sodium.

A ces avantages, *la Mouillère* joint ceux de son climat de petite altitude, de sa situation dans une contrée ravissante, de son installation confortable et luxueuse, avec son établissement pourvu d'un outillage très complet, dernier mot de la science hydrologique moderne, avec son splendide Casino et son Grand Hôtel des Bains.


Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Lariboisière.* — M. le Dr Paul Reynier

## Leçon d'ouverture

Mon premier mot, en entrant dans cet amphithéâtre, sera un mot de remerciements pour ceux, qui m'ont permis de réaliser deux rêves que je caressais depuis longtemps.

Le premier de ces rêves était d'avoir un service, conçu dans les idées modernes d'asepsie, qui doivent à l'heure actuelle diriger tout chirurgien. Le second était d'avoir un amphithéâtre annexé à ma salle de malades, amphithéâtre dans lequel je pourrais continuer la leçon clinique, commencée au lit du malade; dans lequel je pourrais amener ces malades, sans craindre de leur faire parcourir des couloirs interminables, où ils risquent de se refroidir.

Ces deux rêves sont en partie réalisés, et je remercie ici M. le directeur de l'Assistance publique, qui a bien voulu y donner son assentiment, je remercie les membres du conseil municipal qui ont voté les fonds nécessaires pour la construction de ce pavillon, particulièrement MM. Strauss, Villain, Bassinet, qui se sont par eux-mêmes rendu compte de l'état défectueux de mon service, qui ont bien voulu défendre auprès de leurs collègues la cause de mes malades, et leur donner un confort remarquable pouvant me permettre de les soulager dans leurs misères.

C'est au nom de mes malades que j'ai demandé ces améliorations, et que je continue à en demander ; c'est en leur nom et au mien que j'adresse aujourd'hui ces remerciements.

Après avoir enfin souhaité la bienvenue à ceux qui veulent bien venir écouter ces leçons, je tiens à leur présenter, pour la première fois que je prends la parole devant eux, le service dans son ensemble, malades, milieu, maître, élèves. Je vous montrerai ainsi ce que vous trouverez en venant ici. Ce que vous devez attendre de moi, mais aussi ce que je dois attendre de vous.

En traversant ces salles, et en voyant à la tête du lit le diagnostic qui est toujours écrit, vous avez pu vous convaincre de la grande variété d'affections que nous avons à traiter ici et des ressources presque exceptionnelles qu'offre l'hôpital Lariboisière, ressources que, pour mon compte personnel, je n'ai trouvées nulle-part ailleurs et qu'il eût été dommage de ne pas utiliser.

En lisant ces diagnostics, vous avez pu remarquer que mes salles sont largement ouvertes aux malades quels qu'ils soient ; suppurants et non suppurants se trouvent presque en nombre égal dans la salle. Je suis de ceux en effet qui pensent que le chirurgien ne doit pas choisir ses malades, et que ses soins sont dus autant à ceux qui suppurent qu'à ceux qui ne suppurent pas. Mais je reconnais toutefois qu'il est regrettable que les services ne soient pas divisés en salles spéciales, dans lesquelles on pourrait faire la séparation des suppurants, et éviter cette promiscuité qui peut offrir certains dangers.

Aussi ai-je été particulièrement heureux quand j'ai pu obtenir ce pavillon qui me permet de faire l'isolement des malades pour lesquelles je crains l'infection, et dans lequel je peux placer, après les grandes opérations, les malades plus ou moins atteintes de choc pour lesquelles le repos et le silence sont de première nécessité.

Vous venez de voir ce pavillon, et vous avez pu vous rendre compte comment son plan a été conçu. Il est divisé en deux parties bien distinctes, séparées par un long couloir et toute une série de portes.

Dans la première partie attenante à la salle de malades, et de plain-pied avec elle, se trouve une salle d'opérations, séparée par un couloir de deux chambres d'isolement où je mets les malades infectées, les péritonites, les grandes suppurations.

Le tout est carrelé ; les murs ne présentant aucun angle aigu, tous étant arrondis, sont peints en blanc au goudron ; nous pouvons donc facilement voir les taches et faire des lavages fréquents des murs et du plancher. Dans cette première salle d'opérations j'ai de l'eau bouillie chaude et froide à ma disposition, des tables en verre, et un lit d'opérations. C'est dans cette salle que je fais les examens de gynécologie et que j'opère les suppurations.

Dans la seconde partie du pavillon se trouve, en effet, pour les laparotomies, une autre grande salle d'opérations, celle où je vous reçois, qui est spacieuse, bien éclairée par en haut et par deux grandes baies latérales. Dans cette salle vous ne voyez que le lavabo, une pierre à évier pour les antiseptiques, et un vidoir. Au fond de la salle sont les gradins en carrelage, faciles à laver, d'où les élèves peuvent, sans gêner, voir l'opération.

Au-dessus du lavabo, le mur est percé pour laisser passer les robinets amenant de la chambre voisine, attenante à cette salle d'opérations, l'eau stérilisée que fournissent différentes appareils accumulés dans cette pièce.

Cette chambre ne sert pas seulement aux appareils ; j'y ai fait installer tout ce qu'il faut pour faire de la photographie, qui nous devient si utile pour compléter nos observations. Un couloir sépare salle d'opérations et chambre d'appareils de quatre chambres d'isolement où je mets les malades après les grandes interventions abdominales. Toutes ces chambres sont vitrées, donnent sur un couloir où se tient la surveillante. Tout le pavillon est chauffé au calorifère et éclairé au gaz et à l'électricité. Dans les salles d'operations, des prises de courants me permettent d'avoir des lampes à réflecteur qui me rendent de grands services dans certains cas. Le tout est comme la première partie du pavillon peinte en blanc au goudron et carrelé. La salle de malades n'est pas encore, comme propreté, en rapport avec ce pavillon. Les murs sont recouverts d'un stuc détérioré, le parquet est planchayé, mal joint. J'espère que bientôt le stuc des murs sera remplacé par cette peinture blanche au goudron si

Digitized by Google

facile à entretenir, et dont la couleur est si gaie. Je demande également que le carrelage remplace le parquet.

Si je suis impatient de ces changements, c'est que j'espère ainsi, en supprimant toute fente, arriver à débarrasser la salle de ces punaises, qui sont une véritable calamité dans nos salles actuelles.

J'espère surtout, en faisant remplacer le parquet par le carrelage, diminuer cette tuberculose hospitalière qui fait tant de victimes dans nos hôpitaux, à Lariboisière principalement.

L'agent principal de la tuberculose est, en effet, la poussière, que soulèvent les balayages, même faits avec de la sciure humide. Il faudrait faire de grands lavages. Or les grands lavages sur le parquet, comme j'ai pu m'en rendre compte à Tenon, finissent par laisser déposer un enduit fait de ouate, de sang, de poussière, enduit qui est loin d'être aseptique ; j'ai vu, en effet, des lymphangites survenir chez des gens qui avaient une écorchure au pied, et qui marchaient sur le parquet recouvert de cet enduit. A la longue, enfin, les grands lavages finissent par pourrir le parquet. Avec le carrelage il n'en est plus de même, et on peut alors largement, faire usage pour le nettoyage de la salle, des liquides antiseptiques.

Aux hommes, la salle a besoin du même assainissement qu'aux femmes. Quant à la salle d'opérations actuelle si défectueuse, elle va être remplacée par une salle sur le modèle de celle que nous avons aux femmes. Deux chambres d'isolement seront également construites et j'espère bientôt pouvoir transformer la salle d'opérations actuelle en laboratoire de bactériologie et de microbiologie, si indispensable à l'heure actuelle pour tout service de clinique.

Voici le milieu. Voyons maintenant comment nous allons l'utiliser.

Ce que nous cherchons ici, c'est l'*asepsie*. J'aurais pu pour ma première leçon vous définir ce mot. Je n'avais qu'à vous refaire une vieille conférence, que j'ai faite en 1890 sur l'asepsie, au Palais des Sociétés savantes, à la Société de médecine et de chirurgie pratique.

En 1890 le sujet pouvait paraître nouveau ; mais depuis il a été bien souvent rebattu. Il n'y a pas de clinique, de cours, de congrès qui ne se soit ouvert, sans qu'on en ait parlé. Aussi vous faudrait-il une bien mauvaise volonté, ou une grande indifférence, pour ne pas savoir ce que nous entendons par ce mot, compris à l'heure actuelle même par les gens du monde.

Je ne mets donc pas en doute que vous ne sachiez, aussi bien que moi, que par asepsie, nous entendons l'absence de microbes, de germes pathogènes, tandis que l'antisepsie est la lutte contre le microbe existant, au moyen de tous les agents antimicrobiens, dont l'emploi est limité par la résistance de la cellule animale, que l'agent antimicrobien ne doit pas détruire, si ce n'est dans quelques cas particuliers, lorsque, par exemple, on se sert des caustiques ou de la cautérisation.

Par l'antisepsie vous lutterez contre la suppuration, contre l'infection. Par l'asepsie vous pourrez toucher sans crainte ceux qui ne sont pas encore infectés, et que n'infectera pas votre intervention. Et ce ne sera pas le cas de dire ici qu'à vaincre sans péril on triomphe sans gloire.

L'asepsie doit exister non seulement pour le milieu, mais pour les pansements, les instruments, les doigts du chirurgien, de tout ce qui, en un mot, doit toucher le malade, et peut transporter, s'il existe, le germe que le professeur Lefort nommait le germe contage, et qu'à l'heure actuelle, à la suite des beaux travaux de Pasteur, de Davaine, de Koch, on nomme le germe, ou mieux le microbe pathogène. Or, voyons comment nous arrivons ici à cette asepsie.

Pour les instruments, vous avez vu que j'ai une étuve Poupinel à vapeur sèche, et où les instruments sont stérilisés à 150° ; dans chaque salle d'opérations, sur le gaz, se trouve un bassin, où bout de l'eau, contenant du carbonate de soude, et dans laquelle je peux immédiatement faire stériliser un instrument.

Pour les pansements, j'ai, aux hommes, un autoclave Chamberland à vapeur humide, et, aux femmes, un autoclave Sorel qui stérilise comme l'autoclave Chamberland par la vapeur les pièces de pansement, mais qui les sèche après stérilisation. Une grande étuve sèche, chauffée au gaz, et dont la température, s'élevant à 120° me permet de stériliser les cuvettes, les blouses, les tabliers dont se servent les élèves, les draps, les alèzes, les bandages qui doivent être utilisés pour le malade.

Si j'ai besoin de faire un lavage dans la cavité péritonéale, j'ai un stérilisateur du Dr Levassor pour stériliser l'eau sous pression à 2 atmosphères à la température de 120°.

Pour les mains, dans le lavabo coule de l'eau qui a été filtrée au filtre Chamberland, et qui a bouilli.

La stérilisation des mains se fait après lavage et brossage prolongés dans l'eau savonneuse, en les trempant successivement dans l'alcool, dans une solution de permanganate de potasse, dans une solution de bisulfite de soude, qui enlève la coloration du permanganate, enfin dans la solution de sublimé à 1/1000e. Je demande à mes élèves, à tous ceux qui viennent m'aider, une fois cette désinfection faite, de maintenir toujours leurs mains humides en les plongeant souvent dans cette solution de sublimé qui se trouve en abondance dans des cuvettes nombreuses, montées sur des pieds tout autour de nous.

Vous voyez qu'en prenant toutes les précautions, nous pouvons aborder hardiment, grâce à ce luxe d'asepsie, toutes les opérations.

Il me reste donc maintenant à vous montrer quel sera le chirurgien, quel sera l'esprit de son enseignement.

Elève de Gosselin, de Tillaux, de Duplay, de Terrier en chirurgie, de Peter, Béhier, Empis, en médecine, j'ai appris de ces maîtres éminents, pour les leçons desquels j'ai conservé une grande reconnaissance, l'amour de la

Digitized by Google

recherche du diagnostic, l'horreur de l'acte opératoire, simple, mal discuté, fait sans en avoir cherché avec soin l'indication, sans se demander quelles en seront les connaissances.

D'eux j'ai appris que le chirurgien n'est vraiment digne de ce nom que lorsqu'il ne fait pas consister seulement la chirurgie dans l'opération. En un mot, ils m'ont donné l'amour et le respect de la clinique, de cette science si éminemment française, par le développement qu'y ont donné plus que dans aucun autre pays tous les maîtres que nous honorons.

Aussi ne me verrez-vous jamais faire une opération, sans en avoir longtemps discuté avec vous l'indication; et après l'opération, si par malheur je me suis trompé, sans discuter la cause de mon erreur. Vous apprendrez ainsi, comme moi, comment on peut chaque jour se perfectionner dans cette science du diagnostic. Vous comprendrez, en voyant à l'heure actuelle faire le diagnostic de lésions, qu'il y a quelques années encore on méconnaissait, qu'on avouait ne pas pouvoir reconnaître, pourquoi je m'élève contre ces formules si décourageantes, que des maîtres autorisés ont cru devoir prononcer sans en voir le danger, et en même temps l'inanité.

C'est ainsi qu'il n'y a pas longtemps on nous vantait les laparotomies exploratrices, en nous disant que pour la chirurgie abdominale le plus souvent le diagnostic était *impossible*, et ne pouvait se faire que le ventre ouvert.

Oui, à ce moment le diagnostic était avec nos connaissances le plus souvent impossible ; mais à l'heure actuelle vous verrez que ces cas difficiles ont de plus en plus diminué. Ma grande joie sera de vous montrer que le diagnostic porté avant l'opération, se trouve vérifié par l'opération. Ce n'est donc plus que dans quelques cas très rares qu'on peut faire une laparotomie exploratrice, et encore n'est-ce le plus souvent non pas pour faire un diagnostic, mais se rendre compte de difficultés soupçonnées d'avance. C'est ainsi que vous me verrez quelquefois opérer en prévenant la malade que, si je l'opère, ce n'est qu'avec l'autorisation donnée par elle de refermer sans rien enlever, si je me trouve en présence de trop grandes difficultés, si je prévois un trop grand danger pour elle de mener l'opération jusqu'au bout.

Mais est-ce là la laparotomie exploratrice, telle que quelques chirurgiens l'ont comprise ? Non, messieurs, car pour eux la laparotomie exploratrice équivalait presque à l'absence de diagnostic. Or, que ce soit une laparotomie ou toute autre opération, je ne saurais répéter qu'il faut être très sobre de toutes ces interventions sans diagnostic précis. Ne pas les faire qu'avec regret, c'est se laisser glisser sur une pente dangereuse, qui peut être la cause de grands abus, qui peut coûter cher aux malades et aux chirurgiens. Un triste procès, qui vient d'occuper l'attention publique dernièrement, en est une preuve.

Je tiendrai encore, messieurs, à vous mettre en garde contre une tendance chirurgicale, peut-être plus dangereuse, car elle semble donner satisfaction à l'esprit et à la conscience du chirurgien, c'est la tendance qui consiste à transformer la science chirurgicale en une vraie science mathématique, à faire en un mot de la chirurgie de formules.

On ne discute plus longtemps les indications et les contre-indications d'une opération, le malade est vite examiné, il suffit de porter le diagnostic, voire même de constater seulement un symptôme pour établir l'équation; en regard de l'affection ou du symptôme trouvé, on tire un trait, et on met l'intervention qui doit y correspondre.

C'est ainsi que pour quelques-uns toute contusion abdominale égale la laparotomie, tout trouble cérébral, trépanation, tout ictère, laparotomie avec ouverture de la vésicule ou abouchement de celle-ci dans l'estomac ou l'intestin, toute dilatation d'estomac, gastro-entérostomie, toute souffrance utérine, curettage pour les uns, hystérectomie pour les autres, toute appendicite, laparotomie immédiate, etc. Je pourrais citer beaucoup de ces formules chirurgicales.

L'opération, comme vous le voyez, paraît dans ces cas raisonnée, et comme cette manière de comprendre la chirurgie supprime toute hésitation, fait que l'examen du malade est plus rapide, plus facile, elle séduit quelques esprits qui aiment à voir leur route toute tracée.

Comme eux je comprends que si la science chirurgicale pouvait prendre ce caractère mathématique, ce serait en effet plus commode pour nous.

Malheureusement notre art est plus difficile ; il ne suffit pas d'avoir l'indication opératoire, il faut encore rechercher la contre-indication, qu'avec la chirurgie de formules on néglige tout à fait.

Aussi voit-on, ce que j'ai vu cette année-ci, deux contusions abdominales opérées par des jeunes chirurgiens, qui ne se défient pas assez de ces formules dangereuses. Dans ces deux cas la laparotomie fut négative, on ne trouva aucune lésion, et cependant on la chercha consciencieusement. On fut obligé de refermer le ventre, après avoir constaté l'inutilité de cette laparotomie. Mais comme on avait dévidé tout l'intestin, et en somme traumatisé pas mal le péritoine à la recherche de cette lésion problématique, un des malades eut pendant plusieurs jours des symptômes de péritonisme grave, dont il se tira grâce à la glace, à la caféine ; quant à l'autre il mourut. Qui sait si l'expectative n'aurait pas été plus profitable pour ces malades ; et si l'analyse plus complète des symptômes présentés par le malade n'aurait pas fait hésiter dans cette intervention que la simple notion de la contusion abdominale avait provoquée.

Voulez-vous encore des exemples ?

Cette année je vois une femme de 54 ans, très grasse, très emphysémateuse, très diabétique, 250 grammes de sucre dans les urines, quatre heures après la visite d'un de mes collègues, constatant le début d'une appendicite,

Digitized by Google

obéissant à cette chirurgie de formules, on crut devoir proposer l'intenvention immédiate.

Pesant les chances de succès d'une intervention dans un cas pareil, je crus devoir être d'un avis opposé ; et bien m'en prit, car, sous l'influence seule de la glace, de l'opium, la malade guérit sans intervention et je doute fort qu'il en eût été de même en opérant, je répète, dans des conditions pareilles.

Il suffit, messieurs, de vous citer ces exemples pour vous montrer qu'il est impossible de formuler des règles absolues en chirurgie ; et que, toutes les fois que vous serez appelé à décider une intervention, il faudra toujours rechercher avec soin non seulement les indications, mais les contre-indications de l'opération, en un mot, messieurs, faire de la clinique.

Il me reste maintenant à vous montrer sur quoi va porter mon enseignement. Sur tout, messieurs : tous les sujets me paraissent bons à traiter devant vous.

Vous venez dans un service dans lequel, sans être ennemi de la spécialisation, on la considère souvent comme plus néfaste qu'utile aux intérêts des maladies et des médecins.

Un médecin doit tout connaître, sachez-le bien. Il n'est pas admissible qu'il ne veuille connaître qu'un point de la science, et que sur tout le reste, non seulement il confesse son ignorance, mais puisse encore s'en vanter.

Oserez-vous le faire en province, n'en serez-vous pas honteux si vous vous installez à la campagne, vis-à-vis des clients que vous solliciterez et dont vous tromperiez ainsi la confiance ?

Pourquoi dans une grande ville cela serait-il mieux ? Ne voulez-vous dans ce cas-là servir que d'indicateur à vos malades, pour leur faire connaître les spécialistes, à qui vous les enverrez ?

Ce métier de barnum relèvera-t-il beaucoup votre profession aux yeux de vos malades, et croyez-vous qu'en leur avouant si souvent votre ignorance, vous leur inspirerez grande confiance ?

Que pensez-vous encore du cas suivant, que je cite, car le chirurgien est mort, mais dont je peux répondre de l'authenticité ?

Une pauvre femme amène son enfant atteint de conjonctivite blennorhagique, à un gynécologue en renom ; celui-ci, imbu de sa spécialité, croit contraire à son honneur de soigner cet enfant, et cependant il savait ce qu'il fallait lui faire ; il conseille d'aller voir M. Panas à l'Hôtel-Dieu. La femme y court, mais arrive trop tard, la consultation était finie. Elle y retourne le lendemain, l'œil de son enfant était perdu. Si le gynécologue avait oublié un moment sa spécialité, et si à temps il lui avait mis du nitrate d'argent, l'œil était sauvé.

Croyez-vous que la spécialisation n'est pas dans ce cas nuisible au malade, et nuisible également à l'honneur de notre corporation ?

Un médecin doit donc chercher à tout connaître, c'est ainsi seulement qu'il pourra remplir le rôle qu'il s'est proposé, celui d'être utile à ses semblables.

Toutefois, messieurs, après avoir poussé le plus loin possible son instruction générale, et en continuant à la développer, on doit après avoir été élève chercher à devenir maître, et faire des travaux personnels. Alors par goût, par suite de circonstances particulières, on portera son attention plus spécialement sur certains points. Forcément on arrivera en travaillant ainsi à acquérir sur ces points une supériorité qui attirera sur vous l'attention de vos confrères. Il ne sera donc pas étonnant qu'on vous adresse plus particulièrement des malades, sur lesquels vos travaux auront portés, et sur lesquels vous pourrez donner un avis autorisé.

Peu à peu ce courant de malades s'établissant vous serez spécialisé par la force des choses, et vous arriverez à vous occuper plus spécialement d'une branche de notre art.

C'est ainsi que vous avez vu un des chirurgiens les plus distingués des hôpitaux, un de nos maîtres, devenir un des ophtalmologistes les plus en renom ; un autre devenir, pour les voies urinaires, un professeur éminent. Vous connaissez également des anciens internes, des anciens prosecteurs ayant fait preuve d'une grande instruction générale qui, peu à peu, sont arrivés à ne s'occuper que d'une variété de malades.

Cette spécialisation ainsi comprise, non seulement je l'accepte, mais je la crois très utile à la science. Contre quoi je proteste, c'est la spécialisation de ceux qui, conscients de leur ignorance en médecine et chirurgie générale d'eux-même se sacrent spécialistes, et spéculent sur la naïveté du public qu'une enseigne éblouit, et qui ne se renseigne pas sur sa valeur.

Soyez donc persuadés que, spécialiste ou médecin, il vous faudra toujours une bonne instruction générale ; c'est à vous la donner que je ferai tous mes efforts, et pour cela je multiplierai les sujets de mon enseignement.

Il me reste maintenant à vous parler de mes aides, de mes stagiaires. Je vous les présente comme exemples. Vous verrez ce que j'exige d'eux, les qualités que je leur demande.

Il me faut non seulement l'assiduité, le zèle, il me faut encore l'amour de la profession, et l'amour du malade.

Par amour du malade, qu'est-ce que j'entends ? C'est avoir pitié de leurs souffrances, les panser, les examiner en leur évitant le plus possible la douleur ; leur donner des mots de consolation, écouter leurs plaintes. Je désire surtout qu'on ne regarde jamais à la peine, qu'on n'hésite jamais à faire un pansement utile, et qu'on y consacre tout son temps. Mes aides doivent être persuadés que le pansement est souvent un des compléments les plus importants de l'opération ; et qu'ainsi ils contribuent pour une grande part aux succès du service. Aussi dans ces pansements qu'ils redoublent d'asepsie, et qu'ils mettent en pratique les notions que j'ai données au début de cette leçon.

Digitized by Google

Dans cette tâche, l'amour de votre profession vous aidera. Ne faites pas ces examens, ces pansements rien que par dévoir. Votre tâche vous paraîtra bientôt monotone, lourde, ennuyeuse.

Si vous voulez jouir de votre profession, apportez y un autre esprit. Dès le début de vos études, cherchez-y la satisfaction qu'on éprouve en présence de toute difficulté vaincue. Sachez que tout malade, quel qu'il soit, même le plus vulgaire, présente quelque particularité qui le distingue, quelque sujet d'étude, quelque chose de nouveau à trouver. Notre science est indéfiniment, sur tous les points, complétable. Passionnez-vous donc pour cette recherche du nouveau ; acharnez-vous à la poursuite de cet inconnu, qu'il vous sera peut-être donné de faire connaître un jour.

Apportez dans les pansements cette même ardeur et cette même joie à vaincre la difficulté ; or ici la difficulté est réelle, dans cette lutte que nous entreprenons contre l'infection. Chaque pansement est une bataille que nous livrons, dans laquelle nous pouvons être les plus forts ; mais où nous pouvons être battus par le mal. Or c'est cette idée de lutte, encore une fois, qui rend notre profession si attrayante, si passionnante.

Mon grand bonheur sera de vous faire partager ces idées.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### De l'efficacité des lavements de créosote dans le traitement de la broncho-pneumonie

Par M. le Dr Schoull (de Troyes)

Dès 1892, j'avais essayé d'attirer l'attention de l'Académie de médecine sur les heureux résultats que procuraient, dans les complications pulmonaires graves de la fièvre typhoïde, les lavements de créosote à haute dose. En 1894, je rendais compte de leur efficacité dans la broncho-pneumonie. Ce moyen thérapeutique, mis en usage depuis longtemps dans le traitement de la tuberculose, avait été, jusqu'alors, réservé pour ainsi dire à cette seule maladie, et pourtant il possède, comme on pourra en juger, une merveilleuse efficacité dans les autres affections pulmonaires, en particulier la broncho-pneumonie. Depuis 1893, j'ai toujours eu recours à ce mode de traitement, et je ne crains pas d'affirmer que son action est parfaite ; ce dont, au reste, chacun pourra se convaincre facilement.

Plusieurs expérimentateurs ont, depuis lors, constaté les bons effets de la créosote en dehors de la tuberculose. Au congrès de médecine interne, tenu à Lyon en octobre 1894, M. Sezary (d'Alger), faisant connaître les résultats obtenus dans la fièvre typhoïde par l'emploi simultané des bains froids et des injections de créosote, constatait que les symptômes du côté des voies respiratoires avaient été peu accusés chez ses malades. Ce fait ne saurait être attribué à l'influence climatérique car, même pendant la période la plus douce de l'année, les complications pulmonaires sont fréquentes dans les fièvres typhoïdes observées en Afrique ; j'ai pu m'en convaincre pendant quatre années passées en Tunisie, où j'ai eu l'occasion de soigner, dans le cours de plusieurs épidémies très graves, un nombre considérable de dothiénentériques ; il semble plutôt que la créosote ait empêché, dans les cas relatés la pullulation et l'action nocive des microorganismes pathogènes ; cette remarque de M. Sezary venait donc corroborer les résultats que j'avais obtenus par les lavements de créosote. Tout récemment, A. Casati constatait que l'usage interne de la créosote à haute dose « constituait un bon procédé de traitement des phlegmasies pulmonaires aiguës, de la broncho-pneumonie et de la pneumonie fibrineuse, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

D'une part, la créosote agirait comme antiseptique vis-à-vis des pneumocoques ; d'autre part, en tant que stimulant du cœur (Fernet), elle exercerait une influence manifestement favorable sur l'évolution du processus pneumonique ». Il est à espérer que cette affirmation, venant de l'étranger, fera plus, pour l'adoption du traitement créosoté de la broncho-pneumonie, que tous les efforts d'un modeste praticien de province ; je m'empresse de dire cependant que je ne partage pas l'avis de Casati touchant le mode d'administration de la créosote. Pour agir, elle doit, dans le cas particulier, être administrée à haute dose ; or l'estomac ne supporte pas facilement les doses élevées de créosote ; l'intolérance est rapide, et les troubles gastriques ne tardent pas à se produire ; je n'ai, pour ma part, eu recours exclusivement aux lavements que devant la susceptibilité de l'estomac. D'après les recherches de Ferrari, les voies d'absorption de la créosote sont, par ordre d'activité, d'abord l'injection hypodermique, puis l'intestin, l'estomac, et enfin les voies respiratoires. L'injection hypodermique, assez douloureuse, exigeant un outillage spécial, n'est pas toujours facilement praticable, surtout chez l'enfant ; l'estomac supporte mal des doses, un peu élevées et continuées un certain temps, de créosote ; l'intestin, au contraire, montre, à l'égard de cet agent, une tolérance merveilleuse, et Revillet a pu, de la sorte, administrer à ses malades jusqu'à 4 grammes de créosote, sans aucune intolérance. Pour ma part, j'ai administré fréquemment deux grammes et plus de créosote sans observer d'accidents ; au reste il suffit de surveiller les urines, dont la coloration noirâtre est un des premiers signes d'intoxication ; quant aux phénomènes de créosotisme chronique (scléroses pulmonaire, artérielle, rénale) ils ne sont pas à craindre dans le cas particulier, en raison du peu de durée de la médication créosotée.

D'après Guiter (de Cannes), qui a tout spécialement étudié l'action des lavements créosotés, l'absorption par l'intestin serait si rapide que le goût de créosote est perçu à la bouche 4 à 5 minutes après le lavement. Dans les

Digitized by Google

observations que j'ai faites à ce sujet, aussi bien dans la tuberculose que dans les autres affections pulmonaires, le goût de créosote est perçu parfois, il est vrai, quelques minutes à peine après le lavement ; mais le plus souvent il n'apparaît qu'au bout d'une demi-heure, une heure, quelquefois pas du tout.

Les lavements créosotés sont très facilement conservés ; ils ont même, le plus souvent, le léger inconvénient de provoquer la constipation : cet inconvénient devient un avantage dans les cas de diarrhée compliquant la phlegmasie des voies respiratoires. J'avais signalé déjà, en 1892, cette action des lavements créosotés sur la diarrhée des dothiénentériques, et, en 1894, je citais l'exemple d'un malade atteint, bien avant la broncho-pneumonie, de diarrhée dysentériforme avec selles fréquentes, glaireuses, sanguinolentes, et chez qui les lavements créosotés eurent une action doublement favorable. Au cas où les lavements ne seraient pas gardés, on peut les additionner de quelques gouttes de laudanum.

La créosote étant très peu soluble dans l'eau, j'avais recours, au début, à l'émulsion produite à l'aide de la teinture de quillaya : ce mode de préparation m'a paru avoir sur l'intestin des propriétés irritantes ; puis j'ai ajouté la créosote à de l'eau préalablement additionnée d'un jaune d'œuf : le mélange se faisait bien. Mais le moyen de beaucoup le plus simple et le plus pratique est le mélange de la créosote avec le lait. La dose varie de 2 à 5 gouttes matin et soir (4 à 10 gouttes par jour) pour un enfant au-dessous d'un an, jusqu'à 30, 40 et même 50 gouttes par lavement pour un adulte ; la quantité de véhicule, pour être facilement gardée, ne doit pas dépasser un verre ordinaire : cette quantité varie évidemment avec l'âge. Le lavement, administré matin et soir, doit être donné tiède, et devra être *gardé*. Si le lavement était rendu aussitôt ou peu de temps après, il serait nécessaire d'en donner un second. S'il ne s'était pas produit de garde-robe depuis un jour, il faudrait, au préalable, vider l'intestin par un lavement évacuateur (eau tiède glycérinée).

La médication créosotée est tolérée facilement à tout âge : je l'ai employée chez des enfants de deux mois, sans inconvénients, et j'ai, dans mes observations, le cas d'une dame âgée de 91 ans qui, en novembre 1894, fut atteinte de broncho-pneumonie grippale, et guérit par les lavements créosotés ; Mme C... porte aujourd'hui vigoureusement ses 93 ans. L'effet du traitement créosoté est, en général, rapide ; le plus souvent au bout de trois à quatre jours, parfois plus promptement même, les phénomènes stéthoscopiques se modifient ; les râles fins sont remplacés par des râles à bulles plus grosses, qui se transforment bientôt en simples rhonchus sibilants ; l'expectoration visqueuse, muco-purulente, parfois sanguinolente, perd ces caractères pour devenir muqueuse, aérée ; il semble, en un mot, que la bronchite simple se substitue à la broncho-pneumonie. La respiration devient plus libre ; le pouls reprend son allure normale ; la température baisse rapidement ; autant sans doute par la diminution des troubles inflammatoires que par l'action antithermique de la créosote ; enfin les phénomènes généraux s'amendent et l'appétit renaît. La durée de la maladie n'excède pas quinze jours.

Dans la pneumonie franche, les lavements créosotés agissent également d'une façon très efficace ; je ne puis ici tirer une conclusion suffisamment nette, le nombre des cas traités étant trop restreint ; en effet, je n'ai rencontré, depuis trois ans, que 11 cas de pneumonie franche, alors que j'ai traité 130 cas de broncho-pneumonie. Dans deux observations de pneumonie, l'affection a paru réellement jugulée par la médication créosotée : une plus complète expérimentation est nécessaire à ce sujet. Les lavements créosotés m'ont paru n'avoir aucun effet sur l'évolution de la pleurésie.

Quelle est, dans la broncho-pneumonie, l'action de la créosote ? Il est probable que l'influence favorable de cet agent est due à son action bactéricide sur les microbes pathogènes. Cette action s'exerce-t-elle de préférence sur un microbe ou sur un autre ? Le pneumocoque y est-il plus sensible que le streptocoque, le bacille encapsulé ou le staphylocoque ? Cette question serait intéressante à élucider. En tout cas, il est certain que, dans les nombreux cas que j'ai observés tout particulièrement au point de vue du traitement par la créosote, cet agent s'est trouvé aux prises avec toutes les modalités microbiennes de la broncho-pneumonie, et le résultat a toujours été favorable.

Dans les cas de broncho-pneumonie que j'ai traités, je ne m'en suis pas tenu, évidemment, aux lavements créosotés ; j'ai toujours rempli, autant qu'il était en mon pouvoir, les indications thérapeutiques : calmer l'irritation des voies respiratoires, favoriser l'expectoration, soutenir les forces du malade, lutter contre les phénomènes nerveux, intervenir énergiquement à la moindre faiblesse cardiaque, surveiller la diurèse et les évacuations alvines, faire de la révulsion (j'ai recours presque exclusivement, et avec succès, aux larges cataplasmes sinapisés enveloppant tout le thorax, et répétés matin et soir); enfin, observer les principes d'hygiène : aération large, propreté du malade, désinfection de la bouche et des fosses nasales. Mais je n'hésite pas à rapporter aux lavements de créosote la part principale de la guérison, et surtout la rapidité de cette guérison. En effet, le traitement dont je parle plus haut est pour ainsi dire classique, et pourtant, la broncho-pneumonie donne parfois une mortalité considérable, surtout chez les vieillards.

Une preuve bien convaincante de la réelle efficacité de la créosote et du danger de sa suppression prématurée découle de l'observation suivante :

L'abbé G..., âgé de soixante douze ans, est atteint, le 6 avril 1894, de broncho-pneumonie généralisée : symptômes cliniques très nets, état général très grave; je conseillai immédiatement les lavements créosotés à haute dose (40 gouttes par lavement). Or l'abbé G... est atteint d'une hypertrophie considérable de la

Digitized by Google

prostate et de cystite chronique. Au bout de quelques jours de traitement, les phénomènes pulmonaires s'étaient déjà singulièrement amendés, et tout faisait espérer une guérison rapide ; mais le malade se plaignait vivement de la vessie, les urines devinrent rares et prirent une coloration noirâtre très nette. Je fis cesser l'emploi de la créosote : bientôt les manifestations broncho-pulmonaires reparaissaient et s'accentuaient à un tel point que, devant le danger immédiat, je recourus à nouveau et malgré tout aux lavements créosotés, à dose moindre il est vrai (d'abord 30 puis 20 gouttes par lavement). L'amélioration fut rapide et la guérison complète. Les troubles vésicaux ne reparurent point à ce moment, et l'abbé G... vit toujours et n'a pas eu, depuis lors, d'affection pulmonaire.

En terminant, je vais exposer les résultats obtenus ; si étonnante que puisse paraître la statistique que je vais énoncer, elle est rigoureusement exacte : depuis le commencement de 1894, j'ai soigné (1) :

Enfants : 67 enfants et adolescents pour broncho-pneumonie ; 64 ont été traités par les lavements créosotés : 62 guérisons, 2 décès. Dans 3 cas les lavements n'ont pas été donnés : 2 décès, 1 guérison.

Un enfant (11 ans) atteint de pneumonie franche : lavements créosotés, guérison.

Adultes. — *Hommes* : 11 broncho-pneumonies traitées par lavements, 11 guérisons ;

4 pneumonies traitées par lavements, 1 décès (pneumonie double).

*Femmes* : 14 broncho-pneumonies traitées par lavements, 14 guérisons ;

5 pneumonies traitées par lavements, 5 guérisons.

Vieillards. — *Hommes* : 18 broncho-pneumonies, 17 traitées par lavements, 17 guérisons ; 1 traitée sans lavements (diabétique de 74 ans), mort.

*Femmes* : 24 broncho-pneumonies traitées par lavements, 3 décès par accidents cardiaques (1 mort subite 2 par asystolie) ;

1 pneumonie traitée sans lavements, mort. Dans ce dernier cas, malgré l'âge de la malade (72 ans), la pneumonie semblait évoluer dans de si bonnes conditions que, devant la répugnance pour les lavements, je n'ai pas insisté et le regrette.

Au total :

130 broncho-pneumonies traitées par les lavements créosotés ont donné 125 guérisons et 5 décès ;

4 traitées sans lavements, 3 décès ;

10 pneumonies traitées par lavements, 9 guérisons, 1 décès (pneumonie double) ;

1 pneumonie traitée sans lavements, 1 décès.

De plus, j'ai traité de même 3 pleuro-pneumonies (adultes) dont 2 guéries, 1 en voie d'évolution tuberculeuse, et 3 pleurésies (adultes) guéries.

Est-ce à dire que la broncho-pneumonie et la pneumonie aient ici une bénignité particulière ? On va en juger par les chiffres suivants : à Troyes, sur une population de 50.000 habitants, la broncho-pneumonie a causé, en 1894, 97 décès (38 enfants, 13 adultes, 46 vieillards), la pneumonie 33 (4 enfants, 11 adultes, 18 vieillards ; au total, 130 décès (plus, pleurésie, 4). En 1895, 104 décès par broncho-pneumonie (45 enfants, 17 adultes, 42 vieillards) et 58 par pneumonie (4 enfants, 24 adultes, 30 vieillards) ; au total, 162 décès (plus, pleurésie, 3).

En 1896, la statistique est bien meilleure : 53 décès seulement par broncho-pneumonie (27 enfants, 3 adultes, 18 vieillards (et 28 par pneumonie (2 enfants, 5 adultes, 21 vieillards) ; au total, 81 décès (plus, pleurésie, 2). Quelques-uns de mes confrères ont bien voulu employer le traitement par les lavements créosotés ; est-ce à cette cause qu'est due la diminution des décès ? peut être, car la morbidité et la mortalité générales ont été à Troyes, en 1896, plus accusées que les années précédentes.

Quoi qu'il en soit, les lavements créosotés constituent un mode de traitement particulièrement efficace dans la broncho-pneumonie, traitement facile, sans aucun danger, toujours applicable ; je ne saurais donc trop engager tous mes confrères à y recourir, le cas échéant, certain d'avance qu'ils en retireront grand bénéfice.

(1) Pour simplifier, j'ai rangé dans les enfants et les adolescents les malades jusqu'à l'âge de 20 ans ; adultes, de 20 à 60 ; vieillards, au-dessus de 60.

## Formulaire du Praticien

### Traitement des phlébites constitutionnelles

Sous ce nom, il faut entendre les phlébites goutteuses et la phlébite rhumatismale.

I. La *phlébite goutteuse* décrite par Paget en 1866 est relativement rare ; elle peut se produire concurremment avec l'accès de goutte, le précéder ou le suivre. Elle atteint de préférence le système veineux superficiel des membres inférieurs ; procède par poussées successives, à tendance aux récidives facilement, ne suppure jamais, se résout parfois facilement, et détermine fréquemment des embolies.

Au point de vue du traitement, il y a deux choses à considérer, ce sont les cas où on peut faire rétrocéder cette phlébite ou éviter son apparition, et ceux où le traitement reste impuissant. D'après notre éminent collaborateur, M. Hirtz, (*Traité de thér. appliquée*, f. XI), la rétrocession de la phlébite ne peut guère s'espérer que lorsqu'il s'agit d'une périphlébite goutteuse ne déterminant pas de thrombose consécutive. Il n'est pas impossible, dit-il, que, dans des cas de fluxion simple des parois veineuses, d'origine goutteuse, la phlébite profite du caractère protéiforme et souvent fugace de cette affection de type éminemment fluxionnaire, et évolue en quelques jours. Aussi, lorsque l'absence d'œdème, d'impuissance de membre, de fluxion collatérale, fait penser à une *périphlébite superficielle* sans coagulation, il faut agir vivement et cela par le colchique. On donnera la teinture en commençant par quarante gouttes pour atteindre rapidement quatre grammes car

Digitized by Google

« la timidité et l'hésitation ne sont pas de mise en face de ce qu'on pourrait appeler un accès de *goutte veineuse* ». On peut prescrire aussi les pilules de Becquerel ou les pilules suivantes de Hirtz :

| | |
|---|---|
| Sulfate de quinine..... | 1 gramme |
| Extrait de colchique..... | 0 gr. 45 |
| — de digitale..... | 0 gr. 25 |
| — d'aconit.... ..... | 0 gr. 10 |

Pour 10 pilules.

En prendre une tous les matins; 10 tous les mois comme moyen prophylactique.

Laborde et Houdé recommandent la colchicine cristallisée en granules de 1 milligr., 4 à 5 par jour,

L'antipyrine à la dose de 2 gr. a une certaine action sur la douleur qui accompagne la fluxion veineuse. La piperazine, le lycetol (1 ou 2 gr. par jour) peuvent être employés; quant à la lysidine préconisée par Grawitz, d'après Hirtz, elle n'a pas encore suffisamment fait ses preuves.

En outre, en face d'un accident aussi grave que la phlébite, aussi sujet à récidive, un régime sévère antigoutteux doit être imposé au malade.

II. La *phlébite rhumatismale*, niée par certains auteurs, existe certainement et M. Hirtz en est un ardent défenseur. « Le rhumatisme, dit-il, frappe les veines, tantôt superficiellement, tantôt d'une manière profonde, marchant parfois comme une périphlébite, sans provoquer ni stase veineuse, ni œdème, ni impotence fonctionnelle, parfois comme une phlébite totale, oblitérante, avec impuissance du membre atteint, et avec œdème considérable, douloureux.

« Le rhumatisme veineux peut être fugace, superficiel, n'atteindre que les veines sous-cutanées des membres inférieurs et supérieurs, celles des parois abdominales, ou bien se montrer tenace, se fixer dans les veines profondes, celles des membres, ou celles des cavités splanchniques.

« Il nous a été donné plus d'une fois d'assister à l'évolution d'une de ces infections rhumatismales parcourant pendant de longs mois un grand nombre de troncs veineux des jambes, des bras, voire même de la face, puis se révélant sur des troncs veineux viscéraux, les veines rénales par exemple, par une symptomatologie spéciale, se fixant momentanément même sur les sinus crâniens en provoquant soit des symptômes graves et inquiétants, apoplectiformes, soit des phénomènes passagers de congestion cérébrale.

« L'existence d'un cordon veineux n'implique pas à coup sûr l'oblitération de la veine, la *périphlébite* peut suffire à le produire; mais elle ne s'accompagnera pas d'ordinaire d'œdème appréciable; elle est plus fugitive, détermine bien sur la veine une induration manifeste, mais qui cesse d'être douloureuse au bout d'une dizaine de jours. »

Comme traitement, le salicylate de soude ne « mord pas sur le rhumatisme veineux », pas plus sur la forme primitive que sur la forme secondaire. Les applications de pommade salicylée sont plus efficaces. Hirtz recommande la suivante :

| | |
|---|---|
| Lanoline..... | 20 grammes |
| Acide salicylique..... | 10 — |
| Chlorhydrate de morphine.... | 0 gr. 20 |

M. S. A.

La médication alcaline préconisée par Wright, Garrod, dans le rhumatisme, n'est pas antiphlébitique; tout au plus peut-on l'employer à titre prophylactique, mais il faut en cesser l'emploi une fois la phlébite constituée. Le salol et le salophène sont sans effets. L'antipyrine (2 à 6 gr.) est précieuse contre les douleurs, mais elle n'a pas de prise sur la maladie elle-même et ne modifie pas son évolution.

Le médicament qui a donné à Hirtz les résultats les plus encourageants est l'iodure de sodium ou de potassium (0,50 à 1 gr.) qui doit être continué assez longtemps comme agent prophylactique associé avec un régime diététique approprié. — M. Deguy.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Traitement de la coqueluche par la résorcine.** — Moncorvo avait préconisé le premier ce traitement en appliquant sur la glotte des enfants malades, au moyen d'une éponge fine, une solution de résorcine à 2 ou 3 0/0 Le Dr Roskam (de Liège) vient d'exposer les résultats que lui a donnés ce traitement depuis 1890 sur 290 enfants atteints de coqueluche. Chez 200 malades, la guérison s'est produite avant quinze jours, 70 furent guéris avant le 25e jour à partir du commencement du traitement, 18 furent guéris avant le 30e jour. Les jeunes enfants jusqu'à deux ans paraissent mieux guérir que les enfants plus âgés.

Avant de faire les applications, Roskam attend que la période congestive du début décline et que les quintes s'affirment nettement. Les enfants de moins d'un an ont été traités par une solution à 2 0/0, de 1 à 2 ans solution de 3 0/0 L'amélioration de l'état général se fait rapidement, en 5 à 6 jours, la toux change de caractère, les quintes sont plus faciles, plus courtes, et ne s'accompagnent presque plus de congestion faciale, elles sont plus grasses et sont suivies de l'expulsion de crachats muco-purulents. Les vomissements cessent.

Quand les applications ont été faites pendant 10 à 12 jours, il convient de suspendre le traitement. Il est indispensable, en même temps, si les malades ne sont pas fiévreux, de les conduire au grand air. On évitera les milieux poussiéreux et chargés de gaz irritants, de même que les exercices trop violents. — M. D.

**La teinture d'actea racemosa dans le rhumatisme articulaire.** — La teinture d'actea racemosa ou de tricimifuga racemosa s'obtient par infusion à basse température de 5 parties d'alcool pour une de racine de actea racemosa. Cette plante pousse au Canada, dans les Etats Unis et en Europe à l'état sauvage. La racine contient du sucre, 4 p. 0/0 de résine, de l'amidon et de l'acide tannique. En Amérique, la teinture est employée contre la chorée, l'épilepsie, la dysménorrhée et le rhumatisme articulaire. La teinture a une couleur orangé clair, une saveur amère, devient légèrement opaline par l'addition d'eau. Hewelke a publié 7 cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels il obtint de bons effets en prescrivant 4 gouttes toutes les deux heures jusqu'à donner 40 à 50 gouttes. Il n'a noté aucune intolérance (*Therap. Wochenschrift*). — M. D.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Le monimia rotundifolia et le boldo.** — Ces deux plantes sont tellement liées par leurs caractères chimiques, physiologiques et thérapeutiques, qu'il convient de les étudier ensemble. Toutes deux renferment un alcaloïde la *boldine*, une huile volatile et un glucoside. La boldine s'extrait des feuilles de boldo par le procédé de Bourgoin et Verne; elle existe également dans le monimia rotundifolia et en plus grande quantité, d'après de Rochebrune (*Toxicologie africaine*). Elle peut cristalliser en cristaux d'une extrême petitesse, consistant en un ensemble de très fines et très courtes aiguilles hyalines, insérées perpendiculairement sur des rachis se coupant à angle droit, donnant l'aspect de grandes arborescences dendritiformes, enchevêtrées dans tous les sens.

Les feuilles du monimia rotundifolia, comme celles du boldo contiennent un glucoside appelé par Chapoteaux la boldoglucine.

D'après Sigismond Pascaletti, la boldine, par son action locale, aura une influence tant sur les nerfs périphériques que sur les muscles striés; elle diminue l'excitabilité électrique des nerfs baignés dans une solution de ce sel; en injection profonde intramusculaire, elle paralyse les nerfs sensitifs voisins, rend les muscles rigides, diminue la tactilité et anesthésie les points périphériques de l'injection.

Comme action générale, elle excite d'abord le système nerveux central, puis l'affaiblit. Dans les cas d'intoxication, le bulbe est le dernier atteint, le centre respiratoire est le premier pris, car le cœur continue à battre longtemps après l'arrêt de la respiration. La boldine modifie la fréquence des mouvements respiratoires; la sécrétion urinaire augmente, sans production d'albumine; la température n'est pas modifiée. La boldine du monimia rotundifolia agit exactement comme celle du peumus boldo.

La boldoglucine, d'après Juranville et Laborde, serait un hypnotique analogue à l'opium, au chloral. Laborde a observé qu'à la suite d'injections intraveineuses de cette substance chez le chien, il y avait excitation et augmentation des diverses fonctions sécrétoires, notamment de la bile, de la salive et de l'urine, de Rochebrune a observé les mêmes effets avec la boldoglucine retirée du monimia rotundifolia.

En thérapeutique, la boldine a été vantée contre les affections hépatiques, elle augmente d'une façon notable l'élimination de l'urée et la sécrétion biliaire; ses effets se traduisent d'abord par l'augmentation de cette sécrétion, dont la conséquence est la diminution de la congestion hépatique. C'est surtout dans les hypertrophies du foie, d'origine palustre, que l'alcaloïde fait sentir ses bons effets. Par leurs propriétés hypnotiques, la boldine et la boldoglucine deviennent précieuses dans les maladies du foie, toujours accompagnées de douleurs violentes.

Les procédés d'administration du boldo sont les suivants :

*Boldine* en granules de 1 milligramme, 6 à 10 par jour;
La *boldoglucine*, 0.05 à 0.10 par jour (Laborde);
Le vin de boldo, de 20 à 30 grammes;
La teinture, de 1 à 2 grammes;
Les perles d'huile essentielle, 0.20 à 0.25.

On peut également donner soit du sirop, soit de l'élixir de boldo. — M. D.

## MÉDECINE

**Endocardites infectieuses à marche lente.** — Les formes lentes des endocardites infectieuses ont été déjà étudiées par Jaccoud qui leur consacre ces quelques mots : Ces formes à évolution lente, dont la durée est de six, huit, dix, douze semaines et davantage, sont apyrétiques ou bien présentent des accès de fièvre, soit au début, puis la température reste à la normale durant toute l'évolution; soit dans le cours de la maladie, sous la forme d'accès de fièvre intermittente, chaque accès semblant indiquer une poussée aiguë de l'infection, dont l'évolution est lente. D'après Godonnèche (Th. Paris, 1897), cette forme d'endocardite survient surtout chez les débilités, chez les surmenés, et c'est souvent chez d'anciens rhumatisants, porteurs de lésions valvulaires que vient se développer l'endocardite infectieuse à marche lente. Mais, outre qu'il faille tenir compte de l'adultération des valvules du cœur comme facteur important dans la marche des endocardites infectieuses, il faut tenir compte également de la virulence du microbe, qui, dans les formes lentes, est fort atténuée.

Cliniquement, il faut distinguer trois grandes variétés : 1° les formes fébriles lentes; 2° les formes à poussées successives; 3° les formes lentes apyrétiques.

Dans les formes fébriles lentes, la fièvre est d'ordinaire légère, continue, avec rémission matinale, parfois avec paroxysmes; d'autrefois la fièvre peut affecter le type intermittent. La maladie ressemble à une tuberculose à marche subaigue.

Dans les formes à poussées successives décrites par Jaccoud, il y a des jours d'apyrexie, pendant lesquels la température est le plus souvent hypothermique et l'état général relativement satisfaisant. Chaque accès est caractérisé par un frisson, de la fièvre et l'apparition d'un état typhoïde sérieux.

Les formes lentes sont cachectisantes; le début en est lent, insidieux, souvent vague à établir. Puis, peu à peu, la faiblesse augmente et la cachexie apparaît, l'appétit se perd, les forces s'affaiblissent de plus en plus; le teint

Digitized by Google

devient pâle, anémique, terreux ; le malade est sujet aux éblouissements, à l'insomnie, aux syncopes. Vers la fin de la maladie, on peut observer un peu de diarrhée. La fièvre est le plus souvent absente, bien que parfois, si on on prend conscieusement la température, on puisse observer des accès de fièvre intermittente, survenant sans cause, s'accompagnant de somnolence, de rêvasseries et même d'hallucinations.

La lésion cardiaque se manifeste par quelques essoufflements et quelques palpitations, quelquefois par rien. On peut observer de l'hyposystolie et l'auscultation permet souvent de déceler un souffle systolique à la pointe, souffle d'insuffisance mitrale. Les urines chargées en urates peuvent contenir de l'albumine ; l'infection peut,en en outre, déterminer de la congestion et œdème pulmonaire avec dyspnée légère. Parfois, on a observé des éruptions petéchiales, des phlyctènes hémorragiques, des thrombus : l'ictère et les arthrites ont également été signalées.

La marche de ces endocardites est lente, se chiffre par mois ; deux phases en marquent l'évolution : durant la première, les signes d'infection existent, mais sans caractère précis, l'état général du malade ne paraît pas inquiétant ; dans la seconde période, il y a des manifestations multiples infectieuses, plus ou moins nombreuses, la cachexie et la prostration s'accentuent.

Le pronostic, quoique grave, n'est pas toujours fatal. Le diagnostic, parfois délicat avec la phtisie, est d'ordinaire assez facile à cause de l'absence de signes pulmonaires.

Le traitement consiste en toniques du cœur, stimulants (alcool, digitale, caféïne), et en antiseptiques internes (sulfate de quinine, acide salicylique, naphtol et ses succédanés. — M. Deguy.

---

**Les troubles oculaires dans la paralysie générale.** — Le trouble fondamental, celui qu'on observe communément chez les paralytiques généraux, et qui peut être pour le diagnostic un précieux auxiliaire, c'est l'ophtalmoplégie interne. Cette paralysie intéresse à la fois le constricteur de la pupille et le muscle ciliaire et il faut, pour juger de l'altération de leurs fonctions, procéder à une triple recherche : 1° la réaction à la lumière ; 2° la réaction à l'accommodation ; 3° la fonction du muscle ciliaire (G. Ballet, *Leçons de clinique médicale*). Les troubles constatés chez les paralytiques généraux consistent en une diminution progressive de l'aptitude qu'a normalement la pupille de se contracter sous l'influence de la lumière ou de l'accommodation, et de celle que l'œil possède de s'adapter aux distances. Cette diminution, en s'accusant, aboutit, en fin de compte, à l'abolition totale du jeu pupillaire et à la perte complète du pouvoir accommodateur. Il s'agit d'une ophtalmoplégie interne graduelle et progressive. Presque toujours, l'évolution des accidents se fait dans un ordre uniforme : la réaction de la pupille à la lumière s'atténue, puis disparaît la première ; la réaction pupillaire à l'accommodation et le pouvoir accommodateur ne se modifient qu'ensuite ; de telle sorte qu'on peut schématiser ainsi l'ordre de succession de ces troubles oculaires : 1er degré, parésie du mouvement de réaction à la lumière ; 2e degré, abolition de ces mêmes mouvements ; 3e degré, abolition de ces mouvements et parésie de l'accommodation ; 4e degré, paralysie complète à la lumière et à l'accommodation.

Le deuxième degré réalise le signe d'Argyll Robertson tel qu'on l'observe dans le tabes, mais contrairement à ce qui a lieu d'habitude dans cette dernière affection, ce signe est transitoire dans la paralysie générale.

Au troisième degré, on pourrait croire, de prime abord, que l'on a affaire à un signe d'Argyll, mais c'est *un faux signe d'Argyll Robertson* consistant dans l'abolition de la réaction lumineuse avec diminution de la réaction à l'accommodation, par opposition au vrai signe d'Argyll qui suppose l'intégrité complète des mouvements accommodateurs.

En général, chez les paralytiques, les troubles portent sur les deux yeux, mais ils n'y marchent pas parallèlement, si bien que l'un d'eux est habituellement plus affecté que l'autre.

Chez les paralytiques généraux, l'inégalité pupillaire existe dans environ 60 0/0 des cas ; et, lorsque les pupilles restent égales, elles peuvent être toutes les deux dilatées ou toutes les deux atteintes de myosis ; ce dernier cas est rare. On a signalé également dans quelques cas, l'irrégularité du contour papillaire.

Bewan-Lewis, puis G. Ballet ont, quelquefois, observé une sorte d'*inversion du réflexe pupillaire* en vertu de laquelle, à l'approche d'une source lumineuse, la pupille, après avoir ou non esquissé un mouvement de contractions, se dilate au lieu de se rétrécir. Quand on baisse et soulève alternativement la paupière au devant de l'un des yeux, il se produit au niveau de la pupille de l'œil opposé des mouvements alternatifs de resserrement et de dilation (consensual movements) ; ces mouvements sont souvent atténués ou abolis au cours de l'encéphalite. Il en est de même de la dilatation qui se produit au niveau du cercle irien lorsqu'on pince, qu'on pique ou qu'on électrise la peau sur un point du corps. Buccola a constaté que cette dilatation dans la paralysie générale se fait avec plus de lenteur qu'à l'état normal ou, du moins, qu'elle suit à plus long intervalle l'incitation provocatrice. Au reste, elle peut faire complètement défaut. De tous les troubles pupillaires, ce serait, d'après Bewan-Lewis, le plus précoce.

Il est donc utile de connaître tous les degrés de l'ophtalmoplégie, car, dit G. Ballet, une ophtalmoplégie qui reste interne et qui se développe d'une façon graduelle relève presque certainement de la paralysie générale. Mais, indépendamment de ces troubles, on peut éventuellement observer dans la maladie quelques autres symptômes du côté des yeux ; de ce nombre sont les paralysies

Digitized by Google

musculaires, relativement rares, souvent passagères. On peut également observer de l'amaurose, du nystagmus, de l'incoordination des mouvements de l'œil, de l'atrophie papillaire. On a également décrit des lésions hyperémiques du fond de l'œil, de l'œdème de la papille, des dilatations anévrysmales des artères ; mais Gowers et Jocqs pensent qu'il n'y a pas grande importance à attacher aux prétendues lésions ophtalmoscopiques de la paralysie générale, et G. Ballet est du même avis, ne considérant ces divers symptômes que comme présentant un intérêt secondaire par rapport à l'ophtalmoplégie interne graduelle et progressive. — M. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie.** — Parmi les traitements médicaux appliqués à la cure de l'hydrocéphalie, il n'en est guère qu'un seul qui ait résisté à l'épreuve du temps, et auquel on doive quelques succès, parce qu'il répond à une donnée étiologique précise : c'est le traitement antisyphilitique. Devant cette inefficacité de la thérapeutique médicale, on tenta d'abord la *compression*, qui fut rapidement abandonnée comme dangereuse, car elle augmente la tension du liquide intracrânien ; l'on eut enfin recours aux procédés chirurgicaux.

Le chirurgien dispose de deux moyens d'évacuation du liquide céphalo-rachidien ; la ponction et le drainage.

La *ponction* peut être pratiquée au niveau du crâne ou du rachis ; un procédé mixte est celui auquel Glantenay *(Chirurgie des centres nerveux)* donne le nom de *trépano-ponction*. La *ponction crânienne* est un procédé très ancien ; Dupuytren, Breschet y avaient eu recours, et Conquest a même publié une statistique de 9 morts et 10 guérisons obtenues par ce procédé, — ce qui n'est pas admissible. La ponction crânienne ne peut se faire, bien entendu, que sur le crâne non ossifié ; on la pratique au niveau de la fontanelle antérieure, à l'aide d'un bistouri et d'un trocart ; quelques chirurgiens ont même laissé dans l'ouverture une canule à demeure, qui ne faisait que hâter la formation d'une méningite. La *ponction rachidienne* a son lieu d'élection dans la région lombaire ; Quincke la fait de préférence entre le troisième et le quatrième espace intervertébral, qui sont les plus spacieux, avec des aiguilles de 0 mm. 6 à 1 mm. 2. Le sujet étant couché ou assis, on enfonce l'aiguille soit directement, soit obliquement en haut en suivant le bord supérieur de l'apophyse ; la longueur de pénétration est, d'après Quincke, de 2 centimètres chez l'enfant ; le mandrin est enlevé, et sans qu'il soit nécessaire de faire l'aspiration, la sérosité s'écoule dans une éprouvette qui la recueille. La canule enlevée, on comprime un instant la plaie qu'on obture à la gaze collodionnée. Un repos au lit de 24 heures au moins est nécessaire. Sahli a essayé deux fois sans succès le *drainage* avec un tube de caoutchouc. Quincke incise même la dure-mère, pour permettre au liquide sous-arachnoïdien de s'infiltrer dans les tissus environnants.

Qu'il s'agisse de ponction crânienne ou rachidienne, l'évacuation doit toujours se faire avec une extrême lenteur, pour éviter des accidents tels que de l'hyperthermie, de la petitesse du pouls, du ralentissement de la respiration, phénomènes qui paraissent tenir à une congestion des centres nerveux.

Quant à la *trépano-ponction*, exécutée pour la première fois par Bergmann à l'occasion d'une hydrocéphalie tuberculeuse, on la pratique en appliquant une couronne de trépan de 3 centimètres en arrière et au-dessus du méat auditif externe ; la dure-mère est ponctionnée ou incisée et permet d'arriver au ventricule distendu.

2° Le *drainage* peut se faire au niveau du ventricule ; sa technique ne diffère de la trépano-ponction que par l'introduction d'une canule à demeure, à travers laquelle on peut faire (Keen) un lavage de la cavité. On la pratique encore dans l'espace sous-arachnoïdien rachidien, avec ou sans laminectomie, ou crânien — au niveau d'un confluent des sinus (confluent bulbo-cérébelleux ou sylvien).

Malheureusement, tous ces procédés chirurgicaux n'ont pas encore donné jusqu'à présent des résultats bien encourageants, et les maigres succès signalés sont soit des guérisons opératoires, soit des disparitions de contractures. Le problème chirurgical est donc encore presque tout entier à résoudre ; cependant, quand on considère la gravité du pronostic de l'hydrocéphalie, on peut être autorisé à avoir recours à l'une quelconque de ces méthodes, en présence d'un signe de localisation cérébrale ou d'une augmentation rapide de la tension intra crânienne. — L. Flœrsheim,

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 8 juin 1897*

M. Tuffier rapporte l'observation d'une grossesse extra-utérine abdominale prise pour une tumeur hépatique d'origine calculeuse. Il s'agit d'une femme ayant eu pendant une grossesse, d'apparence normale, des troubles paraissant venir du foie. Ces divers accidents apparurent peu après le début de la grossesse. La malade accusa d'abord de la simple pesanteur à droite, pesanteur qui ne tarda pas à se changer en une assez vive douleur avec irradiations vers l'épaule correspondante. Si l'on ajoute à cela des vomissements et une teinte subictérique assez marquée, on comprendra avec quelle facilité fut faite l'erreur. La continuation des troubles obligea la malade à garder le lit jusqu'à la fin de la grossesse. Quelque temps après l'accouchement, les mêmes désordres reparurent. L'examen de l'hypochondre droit décela la présence d'une masse dure, de la grosseur d'une tête d'adulte, siégeant

Digitized by Google

sous le foie. La laparotomie permet de pénétrer dans une poche pleine de caillots noirâtres. Dans la partie la plus déclive on découvrit un fœtus, macéré, noirâtre, ayant environ cinq mois.

**Rapport sur le traitement de la gibbosité.** — M. Monod. On a propagé à grand bruit les nouveaux moyens de traitement de la gibbosité. Quelle créance doit-on accorder à ces moyens ? MM. *Calot*, *Chipault* et *Ménard* ont, tour à tour, pris la parole. Voici, en résumé, ce que disait M. Calot : réduire la bosse par des moyens de force ; employer la résection cunéiforme des apophyses épineuses saillantes, si le besoin s'en fait sentir ; maintenir en bonne position à l'aide d'un appareil plâtré. Sa statistique de 37 cas ne contenait pas un seul insuccès, pas un seul accident ; cependant il faut remarquer que ces résultats ne répondent point à ce que l'on sait de la tuberculose osseuse. Du reste, sur les 37 malades, 6 seulement furent présentés. Quant à M. *Chipault*, il emploie le même procédé, d'une manière générale, avec une modification cependant. La contention doit être assurée en réunissant les apophyses épineuses entre elles au moyen de ligatures en huit de chiffre. M. *Ménard*, à son tour, traite la question et s'élève contre les pratiques de force ; contre la réduction en un seul temps de la gibbosité. D'après lui, le résultat obtenu ne serait pas définitif et l'opération brutale exposerait les malades à de nombreux accidents. Les résultats ne seraient pas définitifs, car on éloigne les deux parties de la région des corps vertébraux qui, par leur affaissement, ont produit la saillie. Pour que la réduction persiste, il faudrait que l'os puisse produire un fort cal. Or, il ne faut guere attendre cela d'os atteints de tuberculose.

L'opération ne serait pas sans danger, car on peut ulcérer les méninges rachidiennes, déterminer une hémorragie, provoquer l'ouverture d'une poche abcédée dans la cavité médullaire. Si ces reproches ne sont pas applicables au traitement de toutes les gibbosités, ils le sont, au moins, pour le traitement des saillies grosses et vieilles. Il serait donc bon, avant d'agir, de se rendre compte du nombre des vertèbres atteintes, afin de voir si la réparation osseuse pourra être espérée.

M. Péan. Il faut faire de nombreuses réserves à propos de ce traitement ; mais cependant il peut rendre de grands services, surtout dans le cas de gibbosités considérables, s'accompagnant de paraplégie. — On sait, en effet, que cet accident implique le plus grave pronostic. — Quant aux suites opératoires, elles ne peuvent être assurées que si on emploie un appareil de soutien.

M. Berger. La paraplégie ne peut être considérée comme une indication opératoire, car souvent elle guérit, et, de plus, elle est non pas seulement symptomatique d'une compression osseuse, mais d'un envahissement tuberculeux des méninges.

M. Le Dentu n'admet pas non plus la paraplégie en tant que symptôme indicateur de l'intervention. Se souvenant de l'étonnement qu'avait provoqué le redressement forcé du genou dans la tumeur blanche, il pense qu'il ne faut pas tomber dans la même erreur à propos de ce nouveau traitement.

M. Bazy. Traitement de l'hypertrophie prostatique par la sonde à demeure permettant aux malades de marcher. S'appuyant sur plusieurs observations de malades chez lesquels le port prolongé de sondes molles avait rétabli le cours normal de l'urine ; s'appuyant aussi sur plusieurs autopsies, il pense que ce traitement peut avantageusement remplacer le méat suspelvien préconisé par Poncet.

M. Doyen rapporte plusieurs observations de calculs de l'uretère dont la présence a pu être décelée par la radiographie.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 4 juin 1897*

**Sur le rôle de la bicyclette dans l'étiologie et la thérapeutique médicales.** — M. L. Henri Petit, après avoir déclaré qu'il n'est nullement l'ennemi de la bicyclette, mais qu'il considère cet exercice comme excellent pour la santé, expose les contre-indications de son emploi.

Il rapporte cinq nouveaux cas de mort survenus à bicyclette ou immédiatement après et attribuable à une maladie du cœur ; il en conclut donc avec un certain nombre d'auteurs que les sujets atteints d'une affection cardiaque doivent s'abstenir de cet exercice ou du moins ne s'y livrer qu'avec une extrême modération.

Il en est de même des phtisiques qui, pour la plupart, doivent s'abstenir entièrement de cet exercice. Par contre, les prédisposés à la tuberculose en ont retiré de bons effets, et en outre les sujets atteints de certaines affections nerveuses, de neurasthénie, de chlorose, de constipation, etc., etc.

Enfin, M. Petit rappelle que diverses affections des articulations des organes génito-urinaires dans les deux sexes incomplètement ou trop récemment guéries, peuvent être réveillées ou aggravées par la vélocipédie.

M. Hallopeau. La vélocipédie, qui n'est pas un mode de progression physiologique, présente, comme tous les sports, des avantages et des inconvénients. Ceux-ci sont surtout marqués chez les cardiaques, où elle détermine de la fatigue du cœur. Chez certains sujets, indemnes de cardiopathie, elle provoque parfois des sensations pénibles du côté du cœur, des pauses de cet organe, qui se montrent toutes les cent pulsations, sans aucune dyspnée ni œdème. Il est alors prudent d'éviter les marches forcées contre le vent, l'ascension des côtes, pour éviter des accidents plus graves.

Certains sujets éprouvent aussi de l'engourdissement dans les orteils pendant les courses prolongées, phénomène que M. Hallopeau attribue à la compression par la selle.

M. Rendu a vu survenir les symptômes d'aortite et d'angor pectoris chez un médecin fatigué par une longue course à bicyclette, qui, auparavant, ne présentait aucun trouble cardiaque. Après 40 ans, il est prudent de ne se livrer à cet exercice qu'avec modération, pour éviter d'augmenter sa tension vasculaire et la fatigue du cœur.

M. Legendre ne croit pas que l'usage puisse créer de maladie médicale ; mais elle peut mettre en évidence certaines maladies

Digitized by Google

restées latentes jusqu'alors, d'où la nécessité d'examiner les jeunes gens avant de leur permettre d'entreprendre aucun sport. Il lui est arrivé notamment de diagnostiquer chez de jeunes sujets un rétrécissement mitral dont ils n'avaient présenté aucun signe avant l'exercice à bicyclette.

La difficulté de la respiration nasale par déviation de la cloison peut aussi être une cause d'arythmie cardiaque, en raison de l'effort permanent et plus considérable auquel se livre le cycliste dans ce cas.

Au contraire, chez certaines femmes ayant des ménorrhagies, la bicyclette, pratiquée à ce moment, peut améliorer la situation et régulariser les règles.

M. Merklen. La pause cardiaque, phénomène dû à la fatigue du cœur, se produit chez des sujets ayant dépassé 40 ans ; la première pause survient généralement à la suite d'un surmenage quelconque.

M. Ferrand. L'effort est en quelque sorte inconscient chez le cycliste. Suivant l'expression de M. Tixier, de Bordeaux, il se produit chez le cycliste une sorte d'automatisme, de suggestion, qui l'empêche d'avoir conscience du surmenage et du danger auxquels il s'expose.

M. Debove connaît un médecin de son âge et de sa situation sujet à des intermittences cardiaques, qui se produisent au repos, pendant le travail, surtout avant le sommeil. L'exercice musculaire n'a aucun effet sur leur production ; il monte les escaliers sans effort, fait de la bicyclette sans les éprouver. Ce confrère est migraineux, mais digère bien et n'est pas goutteux.

Cet exemple montre que les intermittences cardiaques peuvent apparaître en dehors de toute fatigue ; il ne faut donc pas exagérer les accidents de la bicyclette et ne pas lui attribuer des méfaits dont elle n'est pas coupable.

M. Rendu. Il ne faut pas confondre ensemble intermittences et pauses cardiaques, non plus que la sensation d'angoisse rétrosternale qui correspond à la dilatation de l'aorte. Ces phénomènes sont complètement différents les uns des autres.

M. Faisans. Il n'est pas juste d'imputer à la bicyclette tous les accidents qui se produisent pendant une marche vélocipédique. Un certain nombre de morts subites, qui lui sont attribuées, auraient pu se produire après n'importe quel exercice, lorsqu'on les étudie de près. S'il s'agit d'un sujet artério-scléreux, ou présentant une tare cardiaque quelconque, il devra s'abstenir de ce genre de sport et de tout autre.

La bicyclette développe parfois de la tachycardie ; on devra donc l'interdire dans le cas de tuberculose en période d'activité, car on sait que cette affection prédispose à la tachycardie. Au contraire, le tuberculeux peut en faire avec modération ; il en est de même des névropathes, des neurasthéniques, dont elle modifie avantageusement l'état cérébral.

M. Debove. On peut conclure de cette discussion que l'excès est nuisible en toute chose, et que, en ce qui concerne la bicyclette, le surmenage seul est dangereux. Que les malades s'abstiennent d'en faire, que les gens bien portants en usent avec modération, et tout accident sera évité de la sorte.

M. Legendre. Il ne faut pas oublier que chez certains sujets le surmenage de la bicyclette s'accompagne d'une sorte d'automatisme, d'inhibition cérébrale qui le rend particulièrement dangereux.

**Helminthiase à forme dysentérique provoquée par l'ascaris lombricoïde et le tricocéphalus dispar.** — MM. Sabrazès et Cabannes, de Bordeaux, communiquent l'observation d'un enfant de 6 ans, sujet depuis quelques années à des troubles intestinaux, suivis d'expulsion de lombrics. En novembre 1896, il fut pris de coliques violentes, avec épreintes, besoins impérieux et répétés, diurnes et nocturnes, diarrhée glareuse avec hémorrhagie. Cet état se perpétua et l'enfant perdait ses forces. On pensa à une dysenterie chronique et on administra successivement de l'ipéca et de l'extrait de racine de simarouba. L'examen microscopique vint montrer l'inexactitude du diagnostic en faisant voir une véritable débâcle d'œufs d'ascaris lombricoïdes et de trichocéphalus dispar et l'absence de vibrions, d'ancibes et d'anguillules. Le traitement anthelminthique, à la suite duquel sont évacués, en deux jours, douze lombrics et des tricocéphales, mit fin rapidement à cette pseudo-dysenterie.

C'est donc là une forme d'helminthiase bien digne de fixer l'attention, simulant pendant plus de six mois une dysenterie grave et restée méconnue jusqu'au jour où l'on songea à faire l'examen microscopique des matières fécales.

**Calculs intestinaux.** M. Mathieu présente de volumineux calculs intestinaux expulsés par une femme, avec tous les signes de la colique hépatique, mais sans ictère. — H. Marcigney,

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 9 juin 1897*

**Traitement de la coxalgie chez les enfants.** — M. Menard, de Berck, envisage surtout le traitement des suppurations dans la coxalgie ; il diffère suivant qu'il s'agit d'un abcès fermé, non fistuleux et non infecté. Dans cette éventualité, la collection est assez petite, ne s'accompagne ni de fièvre, ni de douleurs. Dans le cas contraire, l'abcès est fistuleux, infecté par les microbes de la suppuration et d'une durée interminable.

Dans le premier cas, l'on se trouve en présence d'un tuberculeux étendu hors de l'articulation coxo-fémorale, aseptique en quelque sorte, curable par les injections et conservant un caractère bénin.

Au contraire, la coxalgie fistuleuse résiste aux injections modificatrices, au curettage, au drainage, ne guérit presque jamais complètement. D'où le précepte de ne point transformer un abcès fermé en abcès ouvert par l'incision, et susceptible de rester fistuleux.

Quand l'abcès résiste pendant des mois aux injections modificatrices, c'est alors qu'il en pratique le curettage intégral pour obtenir une réunion par première intention.

**Des fractures simultanées de la rotule.** — M. Peyrot. Les fractures simultanées de la rotule par action musculaire témoignent de la friabilité particulière de cet os chez certains sujets. On a signalé depuis longtemps les troubles articulaires : douleurs, craquements, dont souffraient déjà ces malades.

En 1877, un homme alors âgé de 54 ans, en sautant de voiture, éprouve des douleurs vives dans les deux genoux, néanmoins il continue à marcher. Un mois après, il fait un nouvel effort, le genou gonfle, la marche devient très pénible ; on constate alors une fracture de la rotule

Digitized by Google

gauche, qui se consolide avec un cal fibreux. En mai 1880, traumatisme léger du genou, d'où résulte un nouveau gonflement qui nécessite un mois de repos. Il éprouve dans la suite plusieurs accidents analogues ; après l'un d'eux M. Peyrot l'examine et trouve la rotule gauche divisée en quatre fragments unis par un tissu fibreux solide.

De plus, il semble que les malades atteints des lésions du système nerveux central fracturent plus facilement leur rotule que des sujets sains. C'est ainsi qu'un homme de 37 ans, atteint d'accidents cérébraux d'origine spécifique, se fractura la rotule à la suite d'un choc très léger. M. Peyrot pratiqua la suture osseuse avec deux fils d'argent et obtint une consolidation osseuse. Cependant, en descendant un escalier, ce malade se redressa brusquement pour éviter une rechute et se recassa la rotule, ainsi que les fils d'argent.

Pour éviter des fractures itératives auxquelles ces sujets restent prédisposés, M. Peyrot conseille le cerclage rotulien avec fils de platine, qui forment un soutien ferme autour de cet os.

M. Championnière. — Le traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse est dû à Lister, qui le premier a pratiqué l'ouverture large de l'articulation et la suture des fragments. Le massage, préconisé dans ces cas par Metzger et Tilanus, d'Amsterdam, ne donne que des résultats incomplets ou défectueux. Personnellement, il a pratiqué 50 fois l'opération de Lister avec 46 succès et 4 morts. dues une fois au chloroforme, une fois à l'écrasement du rein dans un traumatisme étendu, une fois à l'azoturie, une fois à la cachexie par suppuration. Il ouvre l'articulation par un large lambeau, la nettoie, enlève les caillots, les esquilles, puis réunit les fragments par deux gros fils d'argent d'un millimètre de diamètre qu'il passe au travers, ces fils forment une excellente attelle de soutien ; drainage péri-articulaire et pansement anteseptique sans appareil plâtré. Il mobilise l'articulation, mais déconseille le massage consécutif. Il n'a recours aux manœuvres de massage que si, pour une raison quelconque, il y a eu contre-indication à la suture.

M. Potherat présente une jeune femme qu'il a opérée de *péritonite tuberculeuse*, laparotomie 12 litres d'ascite, granulations réparties sur le péritoine sous-ombilical et les annexes ; extirpation des annexes, guérison. — H. M.

## *Correspondance des Départements*

### Traitement abortif du coryza

On nous écrit d'Albi :

« Il ne se passe pas un mois sans que je relève dans les journaux médicaux un nouveau remède pour prévenir ou faire avorter un coryza. Permettez moi à mon tour de signaler à vos lecteurs le traitement qui réussit le mieux, soit pour moi, soit pour les quelques personnes qui ont bien voulu l'essayer :

A la première menace, s'introduire dans chaque narine un léger tampon de gaze iodoformée que l'on change suivant les besoins, 5 à 6 fois par jour.

La mauvaise réputation de l'odeur de l'iodoforme, arrêtera peut-être les gens du monde dans l'emploi de ce petit moyen, mais les confrères qui l'essayeront s'en trouveront bien.

Je me suis ainsi débarrassé en les faisant avorter des cinq ou six coryzas annuels qui me rendaient véritablement malade pendant une dizaine de jours, et qui résistaient aux diverses poudres, aux badigeonnages de cocaïne, aux pulvérisations de sublimé. — D.

## ACTUALITÉ

### Le concours des hôpitaux

Les ennemis du concours sont ceux qui veulent le *statu quo*.

Les amis du concours sont ceux qui veulent le modifier et l'améliorer.

Eh ! bien, il est presque certain qu'à cette question formellement adressée aux membres de la Société médicale des hôpitaux : « Le concours, tel qu'il fonctionne actuellement, a-t-il des inconvénients, doit-il être modifié et amélioré ? » la réponse presque unanime serait celle-ci : « Oui, il y a quelque chose de mieux et de plus à faire. »

Alors tout le monde est d'accord, et la question est bien près d'être résolue parce qu'elle a été clairement posée. Tous, oui tous sans exception, nous sommes partisans résolus du concours, et celui qui voudrait toucher à ce principe tutélaire, commettrait une folie, je dis plus : une mauvaise action. Les divergences d'opinions ne sont qu'apparentes, et l'on doit convenir qu'améliorer, c'est savoir conserver.

On dit avec une apparence de raison : « Mais ce n'est pas le concours qu'il faudrait modifier, ce sont les hommes. » Nous répondons : Puisqu'on ne peut pas changer les hommes, on change les choses, et les hommes valent souvent par les choses comme par les institutions qui les régissent.

Ce préambule est destiné à démontrer que je ne veux ici faire aucune personnalité, que je ne veux faire aucune allusion à certains faits, anciens ou récents. Du reste, ces faits sont bien connus, ils se sont produits et ils se reproduiront encore, tant que l'état actuel des choses subsistera. Je ne parlerai donc pas *d'un* concours, mais *du* concours.

En 1890 — hélas ! il y a déjà 7 ans — j'ai ouvert dans ces colonnes, sur « la réforme de l'Enseignement médical et des concours en médecine », une campagne qui n'a pas été tout à fait inutile ; et quoique, à cette époque, elle m'ait valu quelques passagères inimitiés qui accompagnent toujours les réformateurs, elle a amené l'un des esprits les plus pondérés et les plus modérés à prendre part au débat : j'ai nommé le vénéré professeur Potain. Et quand, dans une circonstance récente, mon cher maître a bien voulu rappeler que de mon « initiative est partie la mesure libérale et hautement utile qui, dans ces derniers temps, a si heureusement transformé notre stage hospitalier », il m'a fait éprouver une vraie joie par sa précieuse approbation.

***

Aujourd'hui, examinons encore la question des concours, d'une façon calme et paisible, comme il convient à ceux qui ont le bon droit et la raison de leur côté.

Sur le principe de l'*admissibilité définitive*, tout le monde se trouve d'accord — juges et candidats — et il y a sept ans, j'écrivais déjà « qu'un candidat reconnu une ou deux fois admissible ne devrait plus subir les deux premières épreuves ».

Mais comment doivent être organisées les épreuves de la

Digitized by Google

« petite » admissibilité ? Tout autrement que par le passé, il faut bien le dire. A ce sujet, je n'ai qu'à répéter ce que je disais en 1890 dans le *Journal des Praticiens*.

« Autrefois, la première épreuve éliminatoire était une épreuve de diagnostic. Quand le candidat faisait une erreur à ce sujet (erreur dont tous ses concurrents étaient les témoins avec les juges), il avait une mauvaise note et était éliminé, même s'il était *persona grata* pour le jury. Sacrifice brutal, mais juste !

« Aujourd'hui, la première épreuve éliminatoire est une épreuve écrite sur un sujet donné. Or, j'affirme (et personne ne pourra me contredire), que sur 60 copies, il y en au moins une vingtaine (et même plus) qui ont une valeur absolument égale. Alors, comment se fait-il qu'il y ait souvent entre ces copies d'une valeur égale, je le répète, un écart d'un ou de plusieurs points ? Notez bien que je n'incrimine point l'injustice du jury. Mais chaque juge interprète la valeur d'une copie à sa manière et à son point de vue : l'un se laisse émouvoir par la forme littéraire, l'autre par l'exposition d'idées qui lui sont chères et que le candidat, sans les partager, expose avec une certaine complaisance dans le but d'être agréable.

« Autrefois, la première préoccupation d'un candidat au titre de médecin des hôpitaux, était d'abord de faire un bon diagnostic au lit du malade.

« Aujourd'hui, son premier soin est d'étudier, de compulser tous les livres pour faire une composition écrite, extraordinaire d'érudition ; son but est d'avoir d'emblée le maximum de points, car il sait que la première note est très suggestive par elle-même. Ainsi, cette première épreuve est injuste, je l'ai démontré, elle est injuste par la force des choses et non par la faute du jury, elle est plus que cela : elle est funeste pour les études ».

Elle immobilise, pendant plusieurs années, pendant quatre à six ans en moyenne, beaucoup de candidats qui font paraître le moins de travaux originaux possible, parce qu'ils sont inutiles pour le concours et parce que ces candidats emploient presque tout leur temps à préparer des questions ; de sorte que, par ce système, vous mettez sur le même pied, celui qui *récite* les découvertes des autres, et celui qui peut être amené à exposer les siennes. Ceci me rappelle une bien amusante anecdote racontée par Edmond About dans ses « Causeries » à propos de l'enseignement médical.

Un professeur à qui l'on demandait : Pourquoi ne vous présentez vous pas à l'Institut ? Claude Bernard a des chances, vous en auriez autant que lui », répondit naïvement : « Mais, c'est juste ! Tout ce que Bernard a *fait*, je le *sais* aussi bien que lui, et je sais bien des choses qu'il ne sait pas. » Et Edmond About ajoute avec raison qu'on est tellement empêtré par la science d'autrui, qu'on ne comprend même plus le mérite de l'invention...

1° Pour ces raisons, et encore parce que la clinique a le droit de préséance sur la pathologie et la théorie, la *première épreuve de diagnostic* doit être rétablie, et j'ajoute que le diagnostic, tel qu'il a été posé et discuté par le jury tout entier, avec les indications précises de pronostic et de traitement qu'il comporte, devrait être affiché après le jugement rendu.

2° *Deuxième épreuve sur titres*. Tous les membres de la Société médicale des hôpitaux seraient appelés à voter sur un nombre déterminé de candidats, après l'élimination de la première épreuve.

Il est injuste que ceux qui ont passé leur temps à produire des travaux originaux, soient sacrifiés à ceux qui n'ont fait que la gymnastique cérébrale des concours. Il est temps d'aviser à ce sujet, et l'on sait pourquoi les divers microbes portent presque tous des noms allemands, alors que la microbiologie est une science éminemment française. Sans doute, j'entends dire qu'on tient compte de ces travaux dans les diverses épreuves, et qu'on est porté naturellement à élever les points. Mais alors, les notes ne sont plus justes, et pourquoi ne pas transformer franchement en une épreuve bien définie ce qui est seulement dans l'esprit ou les tendances du plus grand nombre ? Pourquoi cette épreuve sur titres, si elle a de la valeur dans le concours d'agrégation (où cependant l'on ne doit faire preuve que d'aptitudes professorales), se trouve-t-elle ne plus en avoir pour celui des hôpitaux ? On me répondra sans doute que l'exemple du concours d'agrégation est mal choisi, car... Inutile de continuer ; nos collègues et lecteurs ont déjà terminé la phrase.

*Troisième épreuve*. Ce serait une nouvelle épreuve de *diagnostic* au lit du malade, bien préférable à l'épreuve orale de pathologie, absolument inutile, puisqu'il y a déjà une épreuve écrite.

Arrivons maintenant aux épreuves de la « grande » admissibilité. Celles-là, on peut les rendre plus longues que les premières, puisque le nombre des candidats est limité, d'où économie de temps pour juges et candidats.

*Première épreuve de consultation écrite*. Elle existait autrefois, et on a eu grand tort de la supprimer. Un aspirant au titre de médecin des hôpitaux — disais-je en 1890 — doit donner dans un concours la mesure de sa valeur, au point de vue non seulement du diagnostic, mais aussi de la thérapeutique ; car un médecin des hôpitaux doit savoir reconnaître et *traiter* une maladie. Je sais que l'on peut me répondre par l'argument emprunté à cette sorte d'instabilité thérapeutique dans laquelle nous vivons toujours, le traitement d'une maladie proposé par un juge ne ressemblant pas toujours au traitement vanté par l'autre. Mais la thérapeutique est, avant tout, l'art de bien poser les indications d'un traitement, et celles-ci sont peu variables.

*Seconde épreuve*. Question écrite sur un sujet de pathologie, comme par le passé.

*Troisième épreuve de diagnostic* d'un ou deux malades, comme par le passé, avec affichage de ce diagnostic.

***

Telles sont les principales réformes qu'il faudrait accomplir, et j'ajoute que le nombre des juges, pour une raison facile à comprendre, devrait être porté de 7 à 9.

Ces réformes me paraissent destinées à sauvegarder la justice, et l'on serait moins autorisé à dire qu'on arrive parfois par un concours... de circonstances. Le grand Frédéric disait : « Plus on vieillit, plus on se persuade que Sa Majesté le Hasard fait les trois quarts de la besogne de ce misérable univers. » Il ne faut pas que ces paroles soient applicables au concours qui fait notre force et notre valeur, et si cette antique Majesté peut être parfois invoquée, elle ne doit l'être que pour un quart, et pas davantage.

Et je voudrais que mes contradicteurs irréductibles, s'il en existe encore, prissent la peine de consulter les 150 pages admirables que Taine a consacrées à « l'Ecole » dans ses origines de la France contemporaine. Ils y liraient des passages bien suggestifs et éloquents où il montre que c'est pendant les belles années « de la sève montante », que c'est pendant la période la plus féconde de la vie humaine, que les hommes sont soumis à cette *gaveuse mécanique* des examens ou des concours en permanence.

« Par cette alimentation incessante et forcée, on n'accroît pas

Digitized by Google

leur savoir véritable, ni leur vigueur mentale, tout au contraire; mais on produit en eux l'engraissement superficiel... Leur vigueur mentale a fléchi; la sève féconde est tarie; l'homme fait apparaît, et souvent c'est l'homme fini. »

Oui, c'est l'homme fini, et lorsqu'après avoir passé dix années à « préparer des questions » sans que ses travaux originaux lui soient comptés; le candidat a le bonheur d'atteindre le but, croyez-vous qu'à 35 ou 40 ans, il ne soit pas bien tard pour lui demander de nouveaux efforts? Et nos grands découvreurs n'ont pas toujours suivi la voie des concours...

Sans doute, les médecins des hôpitaux ne sont pas institués pour faire toujours des découvertes, pour devenir des hommes de laboratoire, ils doivent être de bons praticiens; mais il faut remplir les conditions les plus sévères de la justice, si l'on ne veut pas que les concours dégénèrent en simples élections; il faut réserver, dans les concours *trop nombreux* et *trop rapprochés* que subissent les candidats, une place aux travaux originaux et aux recherches personnelles, si l'on ne veut pas laisser s'amoindrir le patrimoine scientifique de notre pays. — H. Huchard.

## BIBLIOGRAPHIE

**Précis de bactériologie clinique**, par R. Wurtz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. *Ouvrage couronné par la Faculté de médecine. Deuxième édition*, avec tableaux synoptiques et figures; chez Masson éditeur.

La rapidité avec laquelle la première édition de cet ouvrage a été épuisée prouve qu'il a rendu de nombreux services à ceux qui désirent mettre à profit les méthodes nouvelles, introduites en médecine par la bactériologie. La seconde édition qui paraît aujourd'hui a été rigoureusement mise au courant des travaux les plus récents et contient notamment des chapitres nouveaux sur la peste à bubons, l'actinomycose, l'aspergillose, le muguet, la pelade, etc. — Le précis de bactériologie clinique est divisé en trois parties : la première comprend la description du matériel et des méthodes à à employer pour prélever les produits pathologiques ainsi que l'étude du sang et du pus. La seconde partie est consacrée aux manifestations locales des maladies infectieuses et à leur bactériologie; enfin, dans la troisième, l'auteur étudie la bactériologie générale des maladies microbiennes, qu'il a divisées en maladies infectieuses dont le microbe pathogène est admis sans conteste et en maladies infectieuses ou présumées telles dont l'agent causal est encore inconnu ou douteux.

**Toxicologie africaine**, par De Rochebrune. 3e fascicule, chez Doin, éditeur, place de l'Odéon.

L'intéressante publication de M. de Rochebrune vient de s'augmenter d'un nouveau fascicule. Nous avons déjà parlé de l'importance de cette publication et de l'érudition dont l'auteur fait preuve; nous n'ajouterons rien aux éloges que nous en avons déjà faits. Le 3e fascicule étudie la famille des anonacées, des monimiacées et des rosacées. L'étude des roses et des légendes qui s'y rapportent sont du plus grand intérêt; l'auteur, prenant la rose dès l'antiquité la plus reculée, la suit à travers les siècles dans les divers pays, il nous montre sa grandeur aux temps anciens, la tradition qui la faisait naître des gouttes de sang tombées de la couronne du Christ, puis il nous fait voir la déchéance actuelle de l'antique splendeur de la rose soumise au creuset de l'analyse : « Après la poésie, le réalisme, car la science, chaque jour, fait tomber les idoles », et c'est par une étude chimique et pharmacologique que se termine l'étude si intéressante de cette ancienne reine des fleurs.

**Diagnostic et traitement des maladies du nez**, par le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Rueff, éditeur.

M. Garel vient de faire paraître un manuel de rhinoscopie destiné à mettre le praticien au courant du diagnostic et du traitement des affections du nez et du pharynx supérieur. Après avoir traité, dans la première partie, l'anatomie de la région, la symptomatologie et la thérapeutique générales, l'auteur passe en revue les diverses affections qui atteignent l'organe. Une description succincte, mais condensée, précise des symptômes, précède la thérapeutique spéciale de chacune de ces affections, où l'auteur expose surtout sa pratique personnelle et son expérience très étendue. Nous ne saurions trop l'approuver lorsqu'il affirme que la rhinoscopie postérieure est d'une importance capitale, car beaucoup de lésions échappent si on n'y a recours.

Cet excellent traité peut rendre les plus grands services à ceux, praticiens ou spécialistes, qui mettront à profit les enseignements de la vaste expérience de l'auteur. — A. Courtade.

**Bactéridie charbonneuse**, par Le Dantec. Un petit volume de l'encyclopédie des aides-mémoire (Masson, éditeur).

Cette excellente monographie de la bactéridie charbonneuse est plus qu'une étude d'un type donné, c'est une introduction à la biologie générale. La bactéridie charbonneuse, par le fait qu'elle est bien connue, était un bon sujet d'étude pour rechercher les particularités de la vie élémentaire. L'auteur s'est appliqué à tout conclure de l'observation et de l'expérience sans jamais recourir aux idées *a priori* sur la vie et la mort; sa méthode d'exposition est exclusivement chimique.

La première particularité étudiée est la plus caractéristique, celle qui distingue les corps vivants des corps bruts, l'*assimilation* dans un milieu convenable. De cette étude, découle la définition de la vie élémentaire et de ses diverses manifestations. Dans un milieu autre que le précédent il y a destruction de corps vivants (mort élémentaire), ou bien, dans des cas spéciaux, *variation*, transformation en un corps vivant de propriétés différentes.

L'étude corrélative de l'*assimilation* et de la *variation*, dans un milieu limité, conduit naturellement à la découverte du principe de Darwin, la *sélection naturelle* ou *persistante du plus apte*.

Dans le cas spécial de la bactéridie charbonneuse, cette sélection naturelle se traduit, d'une manière particulièrement intéressante, par le retour à la virulence et l'immunité, la vaccination.

**Manuel pratique et simplifié d'analyse des urines et autres sécrétions organiques**, par Liotard, pharmacien de 1re classe, membre de la Société chimique de Paris, chez Maloine, éditeur.

Petit volume de poche, pratique, où ne sont décrits que les procédés les plus rapides, d'une façon très claire et très courte. L'auteur traite d'abord de l'analyse de l'urine, de la détermination de l'azote urinaire total; puis il traite ensuite de la bile, du sang, du pus, etc., etc. Les nouvelles données mentionnées sont l'hyperacidité, l'hypoacidité, l'hyper et l'hypochlorhydrie, l'hyper et l'hypochlorurie, la phosphaturie, la glycosurie alimentaire, etc. A chaque sujet est annexé un aperçu microscopique.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 267, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

*Hôtel-Dieu.* — M. le Dr Gingeot

## La créosote et la forme éréthique de la tuberculose pulmonaire.

L'emploi de la créosote chez les tuberculeux est-il vraiment utile ? Tout en ne partageant pas l'enthousiasme de quelques optimistes, je me range parmi ceux qui soutiennent l'affirmative. Qu'elle échoue trop souvent, le plus souvent même, le fait est malheureusement hors de doute, et l'on se tromperait fort si l'on croyait que l'introduction de cette substance dans le traitement de la tuberculose constitue un progrès bien considérable. Il n'en reste pas moins vrai, à mon sens, que, si le progrès ainsi réalisé ne dépasse pas le médiocre, on ne saurait pourtant le regarder sans injustice comme entièrement nul. Ce sentiment, au surplus, est celui de la majorité des auteurs, et les adversaires intransigeants de la médication créosotée, tels que Renaut (de Lyon), cité par Muselier (*Bull. de thérap.* 1896), demeurent des exceptions rares. Mais si la créosote peut quelquefois rendre service, n'a-t-on jamais à craindre qu'elle soit dangereuse ? Plusieurs l'ont cru, et nous devons examiner avec soin leur sentiment, non seulement, ce qui va de soi, pour éviter s'ils ont raison, de faire des prescriptions nuisibles, mais encore, au cas où ils se tromperaient, pour ne pas nous enfermer dans une abstention inopportune.

Parmi les contre-indications de la créosote, on a principalement signalé la fièvre et les symptômes connus qui caractérisent la forme éréthique du mal. Sans doute quelques médecins sont moins timides et professent que la médication créosotée est parfois avantageuse même chez les fébricitants ; néanmoins c'est sur les dangers de la créosote employée dans des cas pareils que l'accord est le plus près d'être unanime.

Eh bien, pour mon compte, je suis peu disposé à croire à ces dangers-là, et surtout à les croire constants. J'ai vu, hélas ! comme tout le monde, la créosote échouer nombre de fois chez les fébricitants, ainsi, d'ailleurs, que chez les apyrétiques et les torpides ; mais ce qui m'empêche d'admettre qu'elle ait sûrement nui aux premiers, c'est que j'ai vu aussi des phtisiques aller de mieux en mieux et finir par se trouver dans un état proche de la guérison après avoir été soumis en plein éréthisme à un traitement créosoté intensif. A l'appui de mon opinion, je citerai les trois faits suivants :

Obs. I. — Le nommé D..., trente-six ans, marchand forain, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Marjolin, n° 31, le 6 octobre 1890. Pas de tuberculose dans sa famille, ni en ligne directe, ni chez les collatéraux. Santé habituellement bonne. Aucun antécédent scrofuleux ou lymphatique. Peu de propension à s'enrhumer. Une fièvre cérébrale (?) à l'âge de trois ans, et, onze années plus tard, une scarlatine légère.

Parti pour l'Amérique à l'âge de vingt-cinq ans, D .. y mena pendant cinq années une existence assez malheureuse. Depuis son retour en France, il tousse presque constamment, surtout l'hiver, et n'a de répit que pendant les jours les plus chauds de l'été. Bien que l'appétit soit resté longtemps intact, un léger amaigrissement est survenu, mais il n'y a jamais eu ni hémoptysie, ni pleurésie, ni pneumonie.

Au mois de janvier 1890, époque où la grippe régnait épidémiquement, le malade fut pris d'un point de côté assez violent qui dura quelques jours, et, depuis cette époque, sa toux est devenue plus fréquente.

Environ trois semaines avant son entrée à l'hôpital, D ..., tout en digérant convenablement le peu qu'il prenait, avait presque entièrement perdu l'appétit, ses forces baissaient de plus en plus, des palpitations cardiaques se faisaient fréquemment sentir, un mouvement fébrile nocturne avec transpiration abondante revenait régulièrement toutes les vingt-quatre heures, l'ancienne douleur de côté reparaissait, et le poids du patient tombait de soixante quinze kilogrammes et demi à soixante et un kilogrammes. Pas de troubles intestinaux.

Le malade étant admis dans nos salles, on constate chez lui les phénomènes suivants :

Submatité en avant et à droite, submatité plus prononcée dans les fosses sus et sous-épineuses de ce même côté. A la base gauche, matité absolue.

Auscultation : sous la clavicule droite, inspiration rude accompagnée de quelques craquements secs, expiration soufflante et prolongée sous la clavicule gauche, inspiration rude et expiration prolongée ; mais dans une moindre mesure qu'à droite. En arrière et à droite, mêmes signes dans la fosse sus-épineuse que sous la clavicule, sauf que les craquements secs y sont plus abondants et s'y associent à de nombreux craquements humides ; la fosse sous-épineuse du même côté est le siège de râles humides et d'un souffle voisin du souffle caverneux. En arrière et à gauche, rien au sommet qu'un peu d'expiration prolongée ; le murmure respiratoire est aboli à la base, et l'on perçoit en ce point une égophonie très nette.

Le 11 octobre, l'épanchement pleural ayant notablement augmenté, on pratique la thoracentèse et l'on retire deux litres d'un liquide séreux. Quatre jours après, une deuxième thoracentèse est devenue nécessaire et donne issue à un litre trois quarts de liquide. A partir de cette époque l'épanchement ne s'est pas reproduit, et le bruit respiratoire n'a pas cessé d'être normal dans les points naguère silencieux.

Le traitement institué dès l'entrée du malade à l'hôpital fut l'huile de foie de morue créosotée au vingtième, à la dose de deux cuillerées à soupe dans la journée. Peu à peu la dose quotidienne a été portée jusqu'à cinq cuillerées à soupe (6 novembre) et même sept cuillerées à soupe (10 décembre).

L'appétit est resté excellent, l'état général n'a cessé de s'amender, l'embonpoint a reparu, et le malade sort à la fin de janvier, se sentant tellement mieux qu'il se croit guéri.

Voici les chiffres fournis par les poussées successives :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1er novembre, | 56 kil. | » |
| 11 — | 58 — | » |
| 19 — | 60 — | » |
| 1er décembre, | 60 — | 500 |
| 8 — | 62 — | » |

Digitized by Google

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | — | 65 — | 500 |
| 30 | — | 67 — | » |
| 16 janvier. | | 67 — | 500 |

Et voici, d'autre part, le résultat de l'examen physique du malade au jour du départ de celui-ci :

A la percussion : sonorité absolument normale sur tous les points du thorax.

A l'auscultation : sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droite, expiration légèrement prolongée ; souffle peu étendu dans la fosse sus épineuse du même côté. Tous les autres phénomènes anormaux ont disparu.

Quant à la température et aux variations qu'elle a présentées, le tableau ci-dessous en donne la reproduction (tracé n° 1).

Obs. II. — Le nommé C..., trente-quatre ans, cocher, entre à Saint-Antoine, salle Axenfeld n° 17, le 2 mars 1889. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être rapportés.

Il y a un an, le malade a été pris d'un rhume avec point de côté. Des applications de compresses trempées dans l'alcool ont constitué tout le traitement, et la guérison paraît avoir été obtenue en une quinzaine de jours.

Quelques mois plus tard, nouveau rhume.

Enfin, dans les premiers jours de février, après un refroidissement, le patient est pris de frissons, d'une douleur dans le côté ; il tousse, il a maigri, et se plaint d'abondantes sueurs nocturnes.

Lors de l'entrée de C... à l'hôpital, on constate ce qui suit :

Foyer de râles crépitants fins à la base du poumon gauche. Craquements en avant et en arrière au sommet du même poumon. La douleur thoracique augmente quand le malade se couche du côté correspondant.

Premier bruit du cœur dédoublé dans toute la région précordiale, mais surtout au niveau de l'appendice xyphoïde.

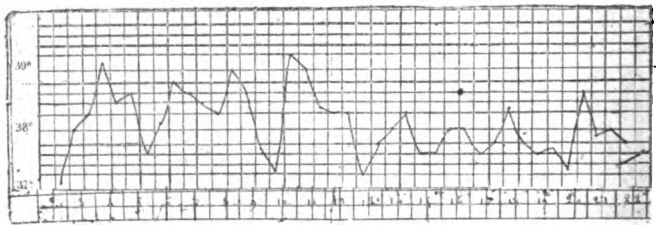
La congestion de la base est d'abord traitée par un vésicatoire volant *loco dolenti*, et, pendant quelques jours, une potion calmante avec une tisane pectorale comme adjuvant constitue la seule thérapeutique interne mise en usage.

A partir du 11 mars, la créosote entre en scène. Une cuillerée à soupe de rhum créosoté au quinzième est d'abord prescrite ; comme le malade la supporte bien, on accentue rapidement la médication : 13 mars, deux cuillerées de rhum créosoté ; 15 mars, trois cuillerées ; 17 mars, quatre cuillerées de rhum, et une cuillerée d'huile de foie de morue créosotée au vingtième ; 21 mars, trois cuillerées de rhum et deux cuillerées d'huile de foie de morue.

Les signes stéthoscopiques ne changent guère, mais l'état général est de meilleur en meilleur, et le malade, bien qu'ayant encore un peu de fièvre, quitte Saint-Antoine le 23 mars pour aller à la campagne. Son poids est resté stationnaire.

C... vient nous revoir dans le courant du mois d'avril, après avoir passé à la campagne une quinzaine de jours. Il ne tousse plus, sauf le soir en se couchant. Son poids s'est élevé de cinq kilogrammes. La transpiration nocturne a presque entièrement disparu. Pour tous signes physiques, C... ne présente plus qu'un peu de submatité au sommet gauche en avant et en arrière, ainsi qu'un léger affaiblissement du murmure respiratoire dans les mêmes points.

Voir sur le tableau ci-joint (tracé n° 2) les températures observées pendant le séjour du malade à l'hôpital.



Tracé n° 2.

Obs. III. — Le sieur H..., dix-huit ans, ouvrier dans une fabrique de papier, entre à Saint-Antoine, salle Axenfeld, n° 21, le 26 janvier 1889.

Ce jeune homme, dont les antécédents héréditaires sont inconnus, a toujours été d'une santé délicate. Jusqu'à l'âge de six ou sept ans, il urinait involontairement au lit. Depuis trois ou quatre ans, il est sujet aux maux de gorge et s'enrhume avec facilité. Vers le mois d'octobre dernier une hémoptysie lui survint, apparemment occasionnée par un refroidissement. A dater de cette époque, il a sensiblement maigri, éprouve des transpirations nocturnes abondantes, et se trouve affaibli au point de ne marcher qu'avec peine.

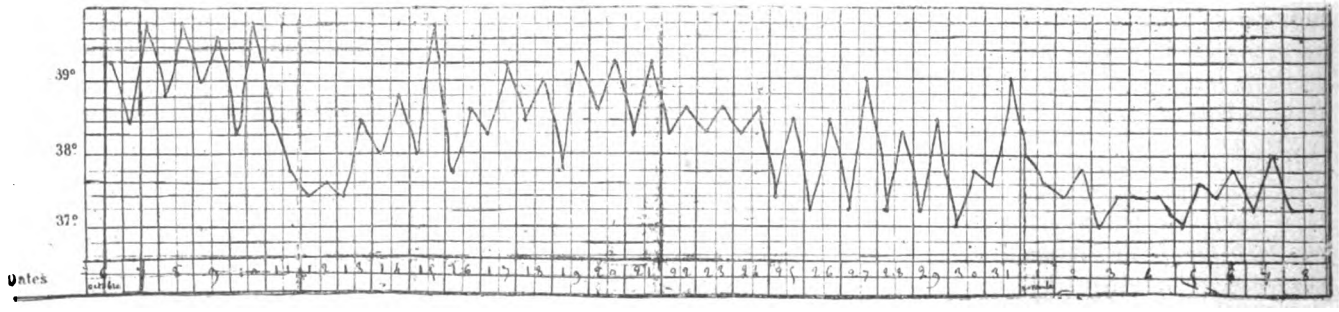
Traité autrefois pour une ostéomyélite siégeant au tibia droit, il ressent encore des douleurs à ce niveau, et parfois une tuméfaction diffuse passagère se produit sur les mêmes points.

Au début de son séjour à l'hôpital, H... est dans l'état que voici :

Grande faiblesse. Transpirations nocturnes si abondantes qu'on est obligé de renouveler trois fois par nuit la chemise du malade et de le placer sur des alèzes. Anorexie, vomissements, diarrhée. Fièvre dont un tableau indique plus loin l'allure et le degré.

Percussion : matité aux deux sommets.

Auscultation : à droite, au sommet, en arrière, craquements




Tracé n° 1.

Digitized by Google

humides nombreux, souffle caverneux au niveau et au-dessous de l'épine de l'omoplate; en avant, gros craquements humides proches du gargouillement, occupant tout le tiers supérieur du poumon. A gauche, au sommet, respiration rude.

Le traitement institué a visé individuellement les différents éléments morbides. Aux sueurs nocturnes on a opposé l'agaric, l'atropine; à la fièvre, la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, voire la digitale; à la toux, l'opium; à la consomption, l'arséniate de soude; à l'expectoration, le bourgeon de sapin, le tannin. Mais ce qu'il convient surtout de rappeler, c'est que la créosote a été employée dès l'entrée du malade à l'hôpital, et qu'on n'a pas craint d'en donner de fortes doses. Le 1er février, H... prenait deux cuillerées à soupe de rhum créosoté au quinzième; on y joignait, trois jours après, cinq pilules contenant chacune dix centigrammes de créosote. Le 3 mars, on prescrit trois cuillerées de rhum créosoté; le 20 avril, une de ces trois cuillerées est remplacée par une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue créosotée au vingtième; et peu à peu le malade finit par ne plus prendre que de l'huile de foie de morue créosotée, le rhum disparaissant ainsi complètement de l'ordonnance.

Après quelques jours d'une très inquiétante gravité, l'état du malade commence à s'amender lentement. La diarrhée cesse, l'appétit renaît; toutefois les sueurs nocturnes persistent. Vers le 8 mars, la dyspnée diminue, et l'amélioration générale s'accentue.

29 mars. L'auscultation fournit des résultats fort encourageants: les signes cavitaires ont disparu, il en est à peu près de même des râles cavernuleux; la respiration est sèche, l'expectoration moins abondante.

6 mai. La transpiration nocturne a définitivement cessé; à peine trouve-t-on encore à l'auscultation quelques légers craquements.

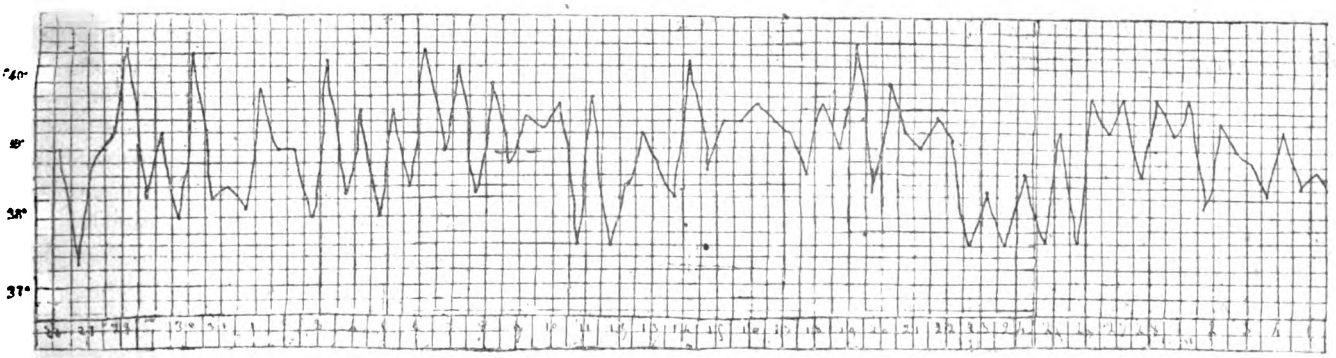
Le 10 mai, H..., qui doit partir le lendemain pour l'asile de convalescence, est examiné une dernière fois. Ni la percussion, ni l'auscultation ne dénotent plus rien d'anormal au sommet gauche. Du côté droit, sonorité normale en arrière, un peu de submatité sous la clavicule; à l'auscultation, outre quelques frottements pleuraux, on trouve des craquements, mais ces derniers seulement lorsqu'on fait tousser le malade. La transmission des bruits du cœur est plus nette au sommet droit, phénomène qui semble témoigner d'une induration probablement cicatricielle. Etat général très satisfaisant.

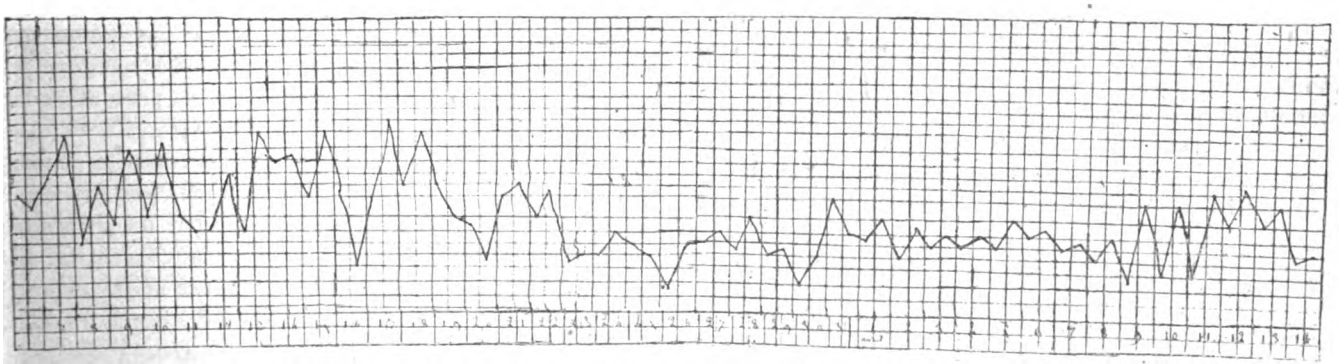
11 mai. H... est envoyé à Vincennes.

Résultats fournis par les pesées :

| | | |
|---|---|---|
| 2 février..... | 53 kilogrammes | |
| 1er mars..... | 52 — | |
| 15 mars..... | 52 kilogr. | 500 |
| 3 avril..... | 55 — | 500 |
| 24 avril..... | 60 — | 500 |
| 3 mai..... | 60 — | 500 |
| 11 mai..... | 62 kilogrammes. | |

Tableau des températures :



A partir du 15 avril, on n'a plus observé de température fébrile à moins que, se tenant à la rigueur, on n'appelle ainsi la température de 37°6 constaté, matin et soir, le 20 et le 24 dudit mois); le thermomètre est même tombé plusieurs fois de deux à quatre dixièmes de degrés au-dessous de 37°.

Le 25 mai, H... vient nous voir. Son état général est excellent;

Digitized by Google

très bonne mine, pas de sueurs, pas de fièvre; poids (constaté la veille à Vincennes) 75 kilogrammes. Un peu de submatité sous la clavicule droite; submatité encore moindre, à peine appréciable, en arrière au sommet du même côté. L'auscultation ne révèle rien d'anormal en arrière, ni à droite ni à gauche; en avant et à droite, on perçoit quelques craquements, à la condition, toutefois, de faire tousser le malade. Celui-ci, pendant son séjour à Vincennes, a pris quotidiennement huit capsules de créosote. On lui conseille de continuer à prendre des préparations créosotées, et de se faire badigeonner le sommet droit, en avant et en arrière, avec de la teinture d'iode.

H... ne s'est plus présenté à nous depuis cette époque. Cependant, plusieurs mois après le dernier examen que nous ayons pu pratiquer de lui, nous avons appris par des tiers qu'il était toujours assez bien portant, ayant abandonné comme trop fatigant son travail d'ouvrier papetier, mais exerçant le métier (peu hygiénique pour un tuberculeux) de chanteur dans les cafés.

Voilà donc trois exemples, sinon de guérison, au moins d'amélioration considérable observée chez des tuberculeux soignés à l'hôpital. Si les élèves chargés de recueillir l'histoire de ces malades ont laissé quelques lacunes dans leurs narrations, ces lacunes, relativement à la question qui nous occupe, sont vraiment dénuées d'importance. Il ne saurait, notamment, venir à l'esprit de personne d'élever des doutes sur le diagnostic parce qu'on n'a pas pris la peine de chercher dans les crachats les bacilles de Koch : cette recherche est nécessaire quand la situation manque de netteté, mais l'exiger lorsque tout est clair et n'aurait pas manqué de le paraître avant les découvertes bactériologiques, décèlerait un pédantisme clinique dont je ne ferai pas à mes lecteurs l'injure de les croire atteints. Nos malades étaient évidemment tuberculeux, et leurs tableaux respectifs de température suffiraient à établir le caractère franchement éréthique du mal qui les minait. L'observation II, moins frappante, peut-être, que les observations I et III parce que le malade est resté moins longtemps sous nos yeux et n'a pas eu autant de fièvre que les autres sujets, répond néanmoins très positivement au type morbide où la créosote serait, dit-on, contre-indiquée; elle y répond d'autant mieux que l'élément congestif y occupe une large place. On prendra garde que l'emploi de la créosote a été inauguré justement le jour où la fièvre matinale atteignait le maximum d'intensité auquel nous l'ayons vue parvenir. La température a cependant fléchi le soir même, et l'augmentation ultérieure des doses de créosote ne paraît pas avoir contrecarré la tendance croissante à l'apyrexie. L'observation I, dans laquelle nous voyons la tuberculose compliquée d'un épanchement pleurétique aigu, représente plus manifestement encore cette forme de phtisie fébrile qui rend si timorés certains thérapeutes. Enfin l'observation III contentera, je l'espère, les critiques les plus difficiles, tant le malade avait une fièvre ardente et tenace; elle est, d'ailleurs, particulièrement curieuse à cause de la gravité des lésions pulmonaires et de l'heureux tour qu'ont pris les choses dans un milieu hospitalier où l'on a bien rarement la satisfaction de les voir évaluer ainsi (1).

Ces trois malades ont été soumis, malgré leur fièvre, à un traitement créosoté prolongé, ils ont pris de fortes doses du médicament, et ne semblent avoir eu qu'à s'en applaudir. Est ce bien à la créosote qu'ils doivent le remarquable amendement survenu dans leur état? Je ne veux pas l'examiner à cette heure; supposons, même, si l'on veut, en dépit des apparences, que la créosote ne leur ait servi à rien. Un point, du moins, reste, à mon avis, incontestable, à savoir, qu'elle ne leur a pas été nuisible; or, cette innocuité, dans des circonstances pareilles, présente, si je ne m'abuse fort, un intérêt puissant. Peut-on, en effet, n'en pas déduire que la prétendue contre-indication tirée de la forme éréthique n'existe point ou, en tous cas, n'a rien d'absolu?

Défions-nous du *post hoc, ergo propter hoc*, et n'accusons pas trop facilement les médications d'avoir nui alors que les accidents consécutifs à leur emploi ont pu tenir à des conditions n'ayant rien à démêler avec elles.

Il fut une époque où l'étiologie du rhumatisme cérébral donnait lieu à des discussions animées. On ignorait en ce temps les propriétés précieuses du salicylate de soude, et la plupart des médecins, dociles aux enseignements de Briquet, traitaient le rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine. D'aucuns émirent l'opinion que la quinine favorisait les accidents cérébraux, et conclurent naturellement à la contre-indication de ladite substance médicamenteuse pour peu que le système nerveux semblât menacé. Comment ces craintes furent-elles démontrées vaines? Par ce fait rigoureusement décisif que des individus en proie au rhumatisme cérébral avaient guéri bien qu'on n'eût pas suspendu la médication quinique.

J'ignore, quoi qu'on ait dit à cet égard, si l'administration de la créosote a jamais transformé en allure éréthique la marche de certaines phtisies tuberculeuses préalablement torpides; mais, en présence d'observations comme celles rapportées ci-dessus, je ne pense pas qu'on soit beaucoup plus fondé à proscrire l'emploi de ce médicament chez les sujets qui d'avance ont la fièvre et présentent les signes de l'éréthisme, qu'on ne l'était du temps de Trousseau et de Beau, à prohiber la quinine dans le rhumatisme cérébral. En appelant l'attention des praticiens sur ce rapprochement analogique, j'ai pour but de les mettre en garde contre des scrupules selon moi excessifs, qui troubleraient mal à propos leur conscience et les exposeraient à priver leurs malades phtisiques d'un secours dont, somme toute, l'inutilité n'est pas démontrée.

(1) La partie ancienne de l'hôpital Saint-Antoine est effectivement d'une salubrité plus que médiocre, et la salle Axenfeld, espèce de boyau allongé, entièrement exposé au nord, ne vaut guère mieux, sous ce rapport, que la salle Marjolin, l'une des moins hygiéniques de l'établissement.

Digitized by Google

# CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

## Valeur cérébroscopique de l'œdème papillaire. — Un cas de syphilis cérébrale avec œdème de la papille. — Guérison complète.

Par le Dr Rochon-Duvigneaud
*Ancien chef de clinique de la Faculté.*

On sait que la syphilis de l'encéphale peut, dans certains cas, déterminer une symptomatologie analogue à celle des tumeurs intracrâniennes. Cette similitude peut aller même jusqu'à s'accuser par un signe des plus précis, des plus caractéristiques, nous voulons parler de l'*œdème de la papille optique* (stase papillaire, *stauungspapille*) que l'ophtalmoscope permet de reconnaître facilement.

Cette altération papillaire est des plus intéressantes pour le médecin, elle a une véritable valeur *cérébroscopique*. Dans des cas assez nombreux déjà de diagnostics difficiles, de troubles nerveux inexpliqués où l'on admettait tantôt l'hystérie, tantôt des phénomènes urémiques, nous avons vu l'examen ophtalmoscopique, en révélant une papillite, mettre sur la voie du diagnostic en démontrant une affection matérielle grave de l'encéphale. Notons tout de suite que l'œdème papillaire n'implique nullement une altération importante de la vision et ne peut être éliminée par cela seul que le malade voit bien. L'ophtalmoscope est donc ici indispensable.

La stase papillaire, qui est caractérisée par une saillie en bouton de la papille optique avec gonflement et tortuosités des veines, et plutôt un *œdème avec stase veineuse* qu'une inflammation de la papille. C'est à tort que le terme de névrite optique lui est quelquefois appliqué.

Pour faire comprendre sa valeur symptomatique, nous nous servirons d'une comparaison : l'œdème malléolaire, lésion locale en apparence, peut être l'expression à distance d'une affection du cœur ou du rein. De même l'œdème de la papille, loin de nous représenter une maladie primitive et locale du nerf optique, n'est pas autre chose que le retentissement jusqu'à l'extrémité visible de ce nerf, d'un état particulier de l'encéphale : *la surcharge séreuse des cavités périencéphaliques et surtout l'hydropisie ventriculaire.*

Bien des affections différentes peuvent produire cet œdème encéphalique que l'on accuse, en général, de déterminer une *augmentation de pression intracrânienne.*

Si les physiologistes n'ont pas confirmé la réalité de cette augmentation de pression, difficilement réalisable dans une cavité aussi peu exactement close que la boîte crânienne, il n'en est pas moins vrai que la surcharge séreuse des espaces arachnoïdiens et ventriculaires est bien la cause des symptômes d'hébétude, de torpeur physique et intellectuelle et de la céphalalgie continue qui caractérisent la soi-disant augmentation de pression dans le crâne.

En effet, Horsley et ses imitateurs, dans leurs nombreuses trépanations, ont presque toujours noté la cessation des douleurs et le retour de l'intelligence, même dans des cas où l'intervention chirurgicale s'était bornée à évacuer un trop plein liquide du crâne, à faire un simple *drainage cérébral.*

Les mêmes trépanations ont bien montré le rôle que jouent les hydropisies encéphaliques dans la production de l'œdème papillaire. Nombre de chirurgiens ont noté la disparition du gonflement de la papille et son retour à l'état normal après la trépanation, et cela, nous le répétons, dans des cas où la tumeur soupçonnée de l'encéphale n'a pu être trouvée et où tout s'est borné à l'évacuation d'un excès de liquide sous-arachnoïdien ou ventriculaire (Bruns, Hahn).

De plus, M. Parinaud, dans un nombre suffisant d'autopsies de jeunes sujets morts de méningite tuberculeuse, a reconnu que, dans ces cas, la papillite observée sur le vivant coïncidait presque toujours avec une accumulation anormale de liquide dans le troisième ventricule. Pour lui, c'est bien plutôt à l'hydropisie ventriculaire, qu'à l'œdème sous arachnoïdien que se trouve lié l'œdème de la papille.

Quant au mécanisme par lequel ces accumulations liquides du cerveau déterminent le gonflement de la papille, mieux vaut dire que nous l'ignorons encore. On a fait justice de l'ancienne *théorie veineuse* de Türck et de Græfe, de la théorie *lymphatique* de Schmidt et Manz, même de la théorie de l'infection de Deutschmann (1), sans avoir rien encore de bien positif, de bien analysé à mettre à la place. C'est là ce qui arrive, du reste, toutes les fois que nous voulons imaginer la physiologie pathologique sans connaître exactement les phénomènes physiologiques normaux, comme c'est le cas pour la question des échanges lymphatiques entre l'œil et le crâne.

Si nous disons : *l'œdème papillaire est le reflet de l'œdème cérébral*, nous indiquons simplement un rapport connu dans son existence, et non dans son mécanisme.

Mais cette ignorance où nous sommes de la pathogénie de la papillite n'enlève rien à sa valeur symptomatique. Il faut se rappeler qu'elle nous révèle des désordres particuliers dans la boîte crânienne : la surcharge liquide des espaces péri et intracérébraux. Elle ne signifie nullement que l'affection intracrânienne, la tumeur, si l'on veut, comprime directement ou non le chiasma ou les bandelettes. Une tumeur de l'écorce s'accompagne aussi bien de papillite qu'une tumeur de la base, et cela se comprend, puisque ce n'est pas par elle-même, *mais par les exsudations séreuses concomitantes*, que le néoplasme détermine les troubles papillaires.

Des affections essentiellement différentes peuvent s'accompagner de papillite. Notons d'abord les tumeurs cérébrales, puis la méningite tuberculeuse, les gommes, la

(1) Voir à ce sujet Rochon-Duvigneaud : œdème papillaire dans les tumeurs cérébrales. (*Arch. d'ophtal.*, juillet 1895.)

Digitized by Google

méningite gommeuse de la base, et, exceptionnellement les cysticerques, les abcès du cerveau, les ostéites de la base du crâne, etc...

S'il y a peu de tumeurs cérébrales sans papillite, il y a donc beaucoup de papillites sans tumeur cérébrale, puisque cette dernière affection est loin d'être seule à déterminer l'œdème papillaire.

La papillite reconnue, le diagnostic n'est pas encore fait, et le clinicien doit rechercher exactement les autres symptômes que peut présenter le malade, la marche de son affection, etc... Mais l'examen ophtalmoscopique, s'il fait constater la papillite, n'en a pas moins une énorme importance, *car il révèle une affection organique et la localise dans le crâne.*

Par là il peut éviter des erreurs de diagnostic complètes, par exemple exclure l'idée d'hystérie, de névrose, dans des cas où il s'agit, en réalité, de lésions matérielles et graves de l'encéphale.

La grande fréquence de l'œdème papillaire dans les tumeurs cérébrales porte généralement les ophtalmologistes à soupçonner une telle affection chez les malades qui présentent la double papillite caractéristique. Cependant, la signification symptomatique de celle-ci n'est pas toujours aussi sévère. Elle peut accompagner une affection curable, et nous l'avons indiqué plus haut dans l'énumération de ses principales causes déterminantes.

En pratique, cependant, les cas de papillite liée à une affection guérissable ne sont pas tellement fréquents qu'il ne soit intéressant de rapporter ceux que l'on rencontre. C'est à ce titre que nous donnons l'observation suivante. Nous la devons à l'obligeance de notre excellent maître M. le Dr Landrieux, médecin de l'hôpital Lariboisière, qui voulut bien s'adresser à nous pour l'examen ophtalmoscopique de la malade. Son interne, M. Bertherand, nous a fourni toute la partie médicale de l'observation. Nous le remercions ici de sa très utile collaboration.

Une femme de 36 ans, journalière, est reçue le 26 octobre 1896 à la salle Trousseau, pour des maux de tête très violents, s'accompagnant d'hébétude et de paresse intellectuelle, d'amaurose, et de surdité de l'oreille gauche.

Les céphalalgies, actuellement très violentes, ont débuté il y a trois mois. L'amaurose et les troubles auditifs datent de huit jours.

*Examen le 26 octobre.* Céphalalgie intense, contusive, continue. Hébétude, lenteur des réponses, mémoire conservée cependant. Faiblesse musculaire générale; il y a quelques fourmillements dans le bras droit qui est très légèrement parésié. Pas de zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie. Réflexes rotuliens normaux. Urines normales. Rien à noter du côté des organes splanchniques. Rien de saillant dans les antécédents. Trois enfants vivants sans fausses couches. Pas de cicatrices attribuables à la syphilis.

*Double stase papillaire caractéristique.* Réflexes lumineux très paresseux ; compte difficilement les doigts à un mètre. Nous craignons une tumeur cérébrale.

M. Landrieux, malgré l'absence de tout commémoratif précis en faveur de la syphilis, fait instituer un traitement spécifique énergique : tous les deux jours une piqûre de peptonate de mercure équivalent à 8 milligr. de substance active. L'iodure de potassium est rapidement porté à six grammes par jour.

*12 novembre.* La céphalalgie a presque cessé, la force musculaire est revenue, l'intelligence est bonne, la malade compte les doigts à 6 ou 7 mètres. Les papilles ont changé d'aspect : encore saillantes et troubles sur les bords, elles ont *en plus* des hémorragies, surtout une à droite, le long de la veine nasale supérieure droite.

1er *décembre.* L'acuité visuelle de l'œil droit est remontée à 1/2. Celle de l'œil gauche est un peu moins bonne. *Complète modification ophtalmoscopique* ; à droite, à part, une très légère dilatation veineuse aux abords de la papille, il n'y a plus rien d'anormal ; à gauche, la papille est légèrement voilée, mais il n'y a plus de saillie papillaire ni d'hémorragies. Les réflexes papillaires sont encore paresseux.

*16 janvier 1897.* Les papilles sont *peut-être légèrement pâles*, mais il est impossible, même à l'image droite, de trouver aucune modification, il n'y a même pas de rétrécissement appréciable des artères, c'est le retour à l'état normal aussi complet que l'on peut l'imaginer.

Les réflexes pupillaires sont redevenus à peu près normaux.

Acuité visuelle : *normale* à gauche ; à droite elle équivaut à 2/3.

La malade a subi en tout 36 injections mercurielles.

L'efficacité si complète du traitement spécifique ne permet pas de mettre en doute la syphilis, malgré l'absence de commémoratifs. La violence des douleurs, l'absence d'hémiplégie, la guérison parfaite nous portent à exclure une lésion artérielle, à admettre au contraire un foyer de méningite probablement localisée dans la dure mère ou une gomme proprement dite. L'intégrité parfaite des mouvements des yeux constatée dès le premier examen, le léger degré de parésie du bras droit, sont en faveur d'une lésion corticale et non basilaire.

Quant à la papillite, elle n'indique rien au sujet du siège de la lésion. Lorsqu'un foyer morbide de l'encéphale intéresse *directement* en un point quelconque, le tractus optique, il détermine des hémiopies homonymes (lésions occipitales, lésions d'une bandelette) des scotomes temporaux ou nasaux, de l'amaurose avec atrophie partielle ou complète de la papille (lésions chiasmatiques), mais rarement la double papillite. Celle-ci, nous le répétons, est beaucoup plutôt l'indice d'une inondation séreuse étendue des cavités péri- ou intracérébrales, que d'une lésion atteignant les nerfs où les bandelettes optiques.

Ici le foyer inflammatoire méningé avait sans doute déterminé des exsudations séreuses produisant à leur tour la

Digitized by Google

papillite ; la guérison et la résorption consécutive de l'œdème ont laissé la papillite et les fonctions visuelles revenir à l'état normal. C'est ce qui peut arriver toutes les fois que l'imbibition œdémateuse du nerf optique n'a pas duré au point de léser définitivement les fibres nerveuses.

En résumé, symptôme inquiétant, mais non fatal, la papillite doit toujours faire admettre une lésion matérielle quelconque de l'encéphale. Par elle-même elle sert plus au diagnostic qu'au pronostic, et son pronostic, à elle, est surtout basé sur celui de l'affection encéphalique qu'elle a contribué à faire découvrir.

## CLINIQUE INFANTILE

### Remarques sur l'évolution et le pronostic de l'épilepsie infantile.

Par le Dr Thomas
*Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Genève*

Lorsque des convulsions se reproduisent à plusieurs reprises chez un jeune enfant sans cause apparente, il est souvent difficile d'exprimer une opinion précise sur la nature de ces accidents et de répondre à cette question. Qu'adviendra-t-il de l'enfant, peut-on craindre le développement de l'épilepsie ?

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point, d'autant plus que la maladie peut revêtir des formes variées et difficiles à classer.

Pour ce qui concerne l'âge, la majorité admet la possibilité du développement de l'épilepsie dans les premières années de la vie ; Herpin aurait observé 34 cas avant deux ans, en ne comptant que ceux chez lesquels se produisent non des convulsions isolées, mais des séries d'attaques. Baginsky s'en rapporte à la statistique de Gowers, début avant dix ans dans 29 0/0 des cas. West et Jacobi sont du même avis ; Féré, enfin, estime qu'il n'y a pas de raisons valables pour différencier les convulsions infantiles de l'épilepsie et pour soutenir que cette maladie est rare ou n'existe pas chez l'enfant ; fort souvent, d'après les recherches de Bourneville, les convulsions dites éclamptiques ne sont que le prélude de l'épilepsie qui se confirmera plus tard. Cette dernière opinion nous paraît cependant un peu exagérée.

Il est évidemment très difficile de trancher une pareille question ; en elle-même et prise dans ses grands traits, l'attaque d'éclampsie ne diffère pas de celle de l'épilepsie ; on cherche beaucoup plutôt à établir le diagnostic différentiel par le fait d'une cause particulière à l'éclampsie.

Du reste, l'expérience clinique nous apprend que ce qu'il faut redouter pour l'avenir, ce n'est pas tant l'accès d'éclampsie que la reproduction de ces accidents nerveux difficiles à classer au premier moment, mais qui sont souvent le prélude de l'épilepsie.

A ce titre, Henoch avait déjà mis en garde les médecins contre une forme particulière du spasme nutans ou tic de Salaam. Cette affection est caractérisée par des mouvements d'oscillation et de rotation de la tête combinés fréquemment avec des mouvements spasmodiques des yeux et du nystagmus ; dans un cas seulement, on observait la participation des muscles du tronc. Il peut se présenter des cas où il s'ajoute des accès épileptiques, révélateurs peut-être d'une lésion cérébrale.

Féré a fait allusion à cette forme dans l'observation suivante : Fille de six mois ; début de la maladie le soir du jour où on l'a vaccinée ; le regard devient fixe et convergent, rétrécissement, puis dilatation des pupilles, l'enfant pâlit, la tête s'incline sur le thorax, ce dernier sur l'abdomen ; en même temps les membres supérieurs s'élèvent. Cette sorte de salutation se répète six à sept fois de suite, puis l'enfant s'endort, la coloration de la face redevient normale ; quelquefois miction à ce moment. Ces crises quotidiennes continuèrent, puis furent remplacées par des crises épileptiques.

Bannatyne (*Lancet*, 9 nov. 1895) a cité un cas de spasme nutans datant de l'enfance chez un homme de 43 ans ; pendant de nombreuses années, on avait observé en outre des accès de perte de connaissance partielle avec chute en arrière, qui cessèrent peu à peu. L'examen ne donna aucun résultat certain en faveur d'une lésion nerveuse ; l'auteur admet la possibilité d'un trouble fonctionnel, plus tard organique dans le centre présumé des mouvements de la tête et des yeux. Dans une revue générale de Dickson (*Ibid.*, 5 oct.), il est fait mention de vingt-trois cas épars dans la littérature ; plusieurs s'accompagnaient de phénomènes de petit mal.

Il est certain que dans nombre de faits l'épilepsie n'est pas en cause ; Kassowitz, dans son mémoire sur les maladies de la dentition, cite quatorze cas en rapport avec le rachitisme crânien et qui ont guéri par son traitement phosphoré. J'ai moi-même observé deux enfants de la même famille présentant ce trouble d'une façon très nette, mais sans adjonction d'autres symptômes.

Henoch a cité, entre autres, les faits suivants comme mode de début de l'épilepsie.

Fille, 13 ans, a eu un accès de convulsions dans la première, la troisième et la douzième année ; depuis l'âge de sept ans, crises se répétant plusieurs fois par jour caractérisées par un spasme laryngé avec fixité du regard et absence légère. Intelligence et mémoire faibles ; s'améliore peu à peu, puis est prise de véritables crises épileptiques.

Garçon de 14 ans, a eu pendant longtemps avant l'apparition de l'épilepsie, une sorte de crise nerveuse sous la forme de nictitation des paupières et mouvements de salutation de la tête.

Le pronostic pour la plupart des auteurs est défavorable, surtout, cela va sans dire, quand il y a une tare héréditaire. Féré seul, par le fait peut-être de sa conception de l'épilepsie, exprime l'opinion que l'épilepsie de la première enfance guérit souvent, on peut dire le plus souvent. Je

Digitized by Google

rapporte ici l'observation suivante intéressante à divers titres :

B... Jules, 5 ans, vu pour la première fois le 23 avril 1894 ; ses antécédents sont les suivants : Père actuellement bien portant, non alcoolique, a eu peut être la syphilis ; mère bien portante, mais a eu des crises hystériques choréiformes de 18 à 23 ans et pendant sa grossesse ; en outre a fait plusieurs fausses couches ; un de ses enfants, plus jeune que notre malade, est atteint de tuberculose pulmonaire au début. Le grand-père maternel a été hémiplégique pendant 18 ans ; le grand-père paternel pendant 15 ans et une tante maternelle, encore vivante, est aussi paralysée ; une cousine germaine du même côté, âgée de 17 ans, est hémiplégique depuis peu après la naissance.

L'enfant a été nourri au sein ; il a eu la rougeole à 1 an et demi, une pneumonie à 3 ans ; il a marché à 14 mois, mais la première dent n'est apparue qu'à l'âge de 2 ans. A cette époque, ont commencé des crises convulsives ; jusqu'il y a 3 mois, les crises étaient rares, depuis lors elles surviennent toutes les semaines, tant diurnes que nocturnes. L'enfant est, à part ce fait, bien constitué, il ne présente pas de déformations ou autres caractères pathologiques, sauf de la micropolyadénopathie cervicale et inguinale.

Les crises diurnes sont caractérisées comme suit : Pâleur, chute, pas de cri, très rarement de l'écume, se mord la main droite agitée de mouvements oscillatoires ; on observe une phase tonique, impossibilité de retirer la main de la bouche, mais il n'y a pas de période clonique : convulsions oculaires. Pas d'émission involontaire, perte de connaissance absolue ; l'enfant revient peu à peu à lui, présentant de l'amnésie et de la faiblesse des membres inférieurs.

Dans les crises nocturnes, qui sont plus anciennes que les premières, on observe ce qui suit : Réveil subit, cri, hallucinations visuelles, voit des bêtes, etc., puis se rendort ; quelquefois nouvelle crise plus tard.

Dans l'intervalle de ces accidents, on ne remarque pas d'absences, l'enfant est rageur, mord les gens et les objets ; il a souvent de la céphalalgie, de la photophobie au grand jour, mais il peut suivre l'école ; caractère triste.

Il est soumis à un régime sévère, et prend deux grammes de bromure par jour ; les crises s'atténuent très rapidement ; il pleure souvent sans cause ; à plusieurs reprises, miction involontaire la nuit, phénomène qui ne s'était pas présenté depuis l'âge de un an. Le 19 novembre, on constate qu'il n'a plus de crises depuis longtemps ; le traitement bromuré est pris avec des intervalles. Revu en 1895, est très bien ; amélioration très nette dans le caractère ; reprend son traitement de temps en temps.

J'ai soigné cet enfant encore cette année pour des troubles gastriques ; les crises n'ont jamais reparu ; il avait été traité avant de venir me voir pour la première fois, mais je n'ai pu savoir quels médicaments avaient été employés. L'épilepsie, dans ce cas, ne saurait faire de doute ; la guérison a été beaucoup plus rapide que je ne m'y serais attendu, et on ne pourrait fonder son pronostic sur un cas aussi favorable ; j'ai tenu cependant à le rapporter tel quel.

## Formulaire du Praticien

### Posologie infantile

Quinine. — *Onctions.* Le chlorhydro-sulfate s'absorbe assez bien par la peau.

| | |
|---|---|
| Axonge benzoïnée | 20 grammes |
| Chlorhydro-sulfate de quinine | 4 — |

En frictions sous les aisselles.

Si l'on veut employer un sel moins soluble que le bichlorhydrate ou le chlorhydro-sulfate, comme le chlorhydrate basique de quinine, on utilisera la propriété que possède l'antipyrine d'augmenter la solubilité des sels de quinine. Ainsi, pour une injection hypodermique, on pourra se servir de la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate basique de quinine | 2 gr. 50 |
| Antipyrine | 1 — |
| Eau distillée | 10 centimètres cubes |

On dissout à chaud et on a une solution dont un centimètre cube renferme 0 gr. 25 de chlorhydrate basique et 0 gr. 10 d'antipyrine.

Salicylate de soude. — Antithermique, analgésique, antirhumatismal.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | 0 gr. 25 à 0 gr. 50 | par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 0 — 50 à 1 — 50 | — |
| De 3 à 5 ans | 1 — 50 à 3 — | — |
| De 5 à 10 ans | 3 à 4 — | — |

Salol (salicylate de phénol). — Possède les mêmes propriétés que le salicylate de soude, mais très atténuées ; sert aussi, en raison de son insolubilité, à l'antisepsie gastro-intestinale.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 15 mois | 0 gr. 10 à 0 gr. 20 | par jour |
| De 15 mois à 3 ans | 0 — 20 à 1 — 50 | — |
| De 3 à 5 ans | 1 — 50 à 3 — | — |
| De 5 à 10 ans | 3 à 4 grammes | — |

Tannigène. — Dérivé éthéré du tanin. Antidiarrhéique bien supporté par l'estomac. Insoluble.

On l'administre à doses fractionnées dans une cuillerée de lait.

| | | |
|---|---|---|
| De 0 à 2 ans | 0 gr. 15 à 1 gramme | par jour |
| De 2 à 5 ans | 0 — 75 à 1 gr. 50 | — |
| De 5 à 10 ans | 1 à 2 grammes | — |

La dose quotidienne est administrée en 3 ou 4 fois.

Sulfonal. — Hypnotique.

| | | |
|---|---|---|
| Jusqu'à 3 ans | Abstention | |
| De 3 à 5 ans | 0 gr. 10 à 0 gr. 25 | par jour |
| De 5 à 10 ans | 0 — 25 à 0 — 50 | — |

Trional. — Hypnotique.

| | | |
|---|---|---|
| Jusqu'à 2 ans | Abstention | |
| De 2 à 5 ans | 0 gr. 30 à 0 gr. 50 | par jour |
| De 5 à 10 ans | 0 — 50 à 1 — | — |

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

**La laryngite suffocante varicelleuse.** Au cours de la varicelle, on peut observer une laryngite évoluant par accès à début bruyant et avec fracas. Ces accidents peuvent être rapidement mortels et assombrissent par cela même le diagnostic d'une affection bénigne.

Presque tous les auteurs ont insisté sur le fait que l'exanthème varicelleux peut n'être pas limité à la peau, mais se propager aux muqueuses, principalement buccale et pharyngée ; cependant c'est Ollivier qui, le premier, signale les déterminations laryngées de la varicelle. D'après Harlez (*Th. Paris*, 97), la laryngite varicelleuse se présente sous forme de petites ulcérations nettement circulaires, peu nombreuses, siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. C'est surtout dans le jeune âge, chez les enfants chétifs, au cours de varicelles graves ou hémorragiques, que la laryngite se déclare. Elle peut devenir tellement aiguë et suffocante à son début que, par la continuité et l'intensité de la dyspnée et du tirage, elle en impose pour un croup d'emblée. On y retrouve les trois périodes du croup ; la première, caractérisée par des phénomènes laryngés sans asphyxie ; la seconde, celle des accès de suffocation, et la troisième période terminale, celle de l'asphyxie. La voix est altérée, voilée, enrouée, éteinte, comme dans le croup; on observe également des accès de toux violents ou une toux rauque, presque aphone. La toux est plus marquée quand les lésions siègent dans la région sus-glottique et que l'inflammation y est plus marquée. Les accès de suffocation sont de tous points semblables à ceux de la diphtérie. Dans certains cas, l'épiglotte peut être gangrénées.

Le diagnostic de ces laryngites varicelleuse est relativement simple, d'abord parce qu'elles sont rares, Harlez en a réuni quatre cas dont trois de mortels. La différenciation la plus délicate doit se faire avec le croup, mais dans ce cas, ce sont les pustules ou les érosions varicelleuses qui jouent le rôle de fausses membranes, mais on ne constate pas la présence de bacilles de Lœfler.

Le traitement consiste en applications chaudes au devant du cou, la trachéotomie ou tubage si la chose est nécessaire. Il faudra toujours commencer par le tubage, mais quand il échoue, en trachéotomie reste nécessaire. Tubage et trachéotomie sont deux opérations qui se compléteraient l'une par l'autre si des spasmes persistaient après l'une ou l'autre de ces opérations. La trachéotomie peut guérir les spasmes consécutifs au tubage, et le tubage les spasmes consécutifs à la trachéotomie. La trachéotomie, comme dit Richardière, guérit les « tubards » et le tubage les « canulards ».

## CHIRURGIE

**La talalgie.** — Sous le nom de *talalgie* on désigne une affection encore mal connue et peu décrite dans les traités classiques. Il s'agit, pour ne parler que du symptôme le plus saillant de la maladie d'une douleur ayant son siège à la face inférieure du talon, sur les causes et la nature de laquelle on est encore insuffisamment renseigné. Desprès, en 1872, avait signalé cette affection sous le nom de *névralgie du talon*. Il la considérait comme une contusion chronique du calcanéum et des parties molles sous-jacentes, se rencontrant surtout chez les individus, dont le coussinet adipeux du talon est moins épais qu'à l'état normal. D'après le professeur Duplay, cette explication est insuffisante et ne rend pas compte de la nature des lésions et de leur siège anatomique exact.

On sait qu'il existe, entre le périoste du calcanéum et le coussinet graisseux du talon, une bourse séreuse connue depuis les recherches de Lenoir, et qui a pour but de permettre le glissement de la peau et du tissu graisseux sur l'os sous-jacent. Cette bourse séreuse est sujette à des inflammations et jusqu'alors, c'est surtout au cours de la blennorrhagie qu'on l'a trouvée altérée ; il est permis de croire, bien qu'on n'en ait pas encore d'exemples, qu'elle peut être atteinte également au cours de diathèses telles que le rhumatisme et la goutte. Il s'agit donc d'une *bursite sous-calcanéenne* que Duplay (*Clin. chir. Hôtel-Dieu*), propose de nommer *pternalgie* (*pterna*, talon), sorte d'hygroma chronique, douloureux, résultant de la compression et du froissement de la bourse sous-calcanéenne, que l'on rencontre surtout chez les individus à station debout prolongée.

Deux faits peuvent être cités à l'appui de cette opinion. Brousse, opérant un cas de ce genre, trouve une bourse épaissie, et contenant un corps riziforme, que l'examen histologique démontra être un névrôme fasciculé. Après l'opération, le malade guérit. Plus récemment, Brousse et Berthier enlevèrent, dans les mêmes conditions, une bourse sous-calcanéenne distendue par un liquide filant, dans l'épaisseur de laquelle on trouva encore un noyau, dur et de la grosseur d'un petit pois ; il y avait, dans la paroi de la poche, un filet nerveux, atteint de névrite interstitielle ; le malade guérit également. Il semble donc, d'après ces deux observations, que l'inflammation de la bourse séreuse constitue le point de départ de la maladie, mais qu'il faut y ajouter, pour rendre compte de l'élément douleur, l'altération d'un filet nerveux anormalement situé et qui est une branche erratique du nerf plantaire. Il y a lieu de croire, selon nous, que la présence de ce nerf anormal donne seul à la maladie sa véritable physionomie, l'épaississement de la bourse séreuse devant se rencontrer chez un grand nombre d'individus, sans

Digitized by Google

donner lieu, par elle-même, à de la douleur, et n'étant, par conséquent, qu un phénomène de second ordre dans l'évolution de la talalgie.

Bien que le diagnostic de cette affection ne présente guère de difficultés, il faut savoir la distinguer d'une autre maladie à siège et à symptômes à peu près analogues, et connue depuis 1893, sous le nom d'*achyllodynie*. La douleur, ici, ne siège pas sous le talon, mais a son maximum à la partie postérieure du calcanéum, au niveau de l'insertion, du tendon d'Achille ; il existe là aussi une bourse dite rétro-calcanéenne, et qu'on rencontre malade dans diverses diathèses, notamment la tuberculose.

Le pronostic de la talalgie n'offre aucune gravité ; l'affection n'est gênante que par sa ténacité et la persistance de la douleur, qui oblige quelquefois les malades à changer de profession. C'est donc en maintenant les malades au repos qu'on traitera médicalement la maladie ; malheureusement, ce mode de traitement n'est pas applicable à tous les individus et, devant la persistance de l'élément douloureux, on est obligé d'avoir recours à l'intervention chirurgicale : la mise à nu de la face inférieure du calcanéum et l'extirpation de la bourse séreuse, lorsqu'elle paraîtra altérée. — L. Floersheim.

## OTOLOGIE

**Corps étrangers dans le sinus maxillaire.** — Depuis l'époque à laquelle Bordenave a signalé dans le sinus maxillaire l'introduction d'un clou par arme à feu, on a constaté bien des fois la présence de corps étrangers dans cette cavité.

Des vers (Bordenave), des lombrics (Fortassin) y auraient pénétré par l'ouverture de l'antre ; rien n'indique l'authenticité de pareils faits.

D'autres s'y sont développés spontanément sous la forme de calculs (Langoni). Quelques-uns, tels qu'une balle (Després), un bout ferré de parapluie (Béclard), y ont été introduits de vive force, en fracturant une des parois du sinus, l'antérieure de préférence. Enfin des pièces à pansement, une deuxième molaire qu'on voulait arracher, une canule à demeure... ont pu chevaucher jusqu'au sinus par la voie alvéolaire ou y être poussés.

Bien que certains de ces corps étrangers puissent être tolérés par le sinus sans amener le moindre trouble, comme chez le malade observé par le Dr Gérard-Marchand daus le service de Trélat, qui garda pendant 25 ans un drain dans une ce ces cavités, on ne peut pas y laisser à demeure un corps étranger. Aussi ai-je procédé à une extraction de ce genre en pratiquant à la paroi antérieure du sinus une large ouverture.

Le *28 juillet 1896*, M. X., âgé de 33 ans, vient me consulter et me donne les détails suivants :

« Il y a 3 ans, le lendemain d'un écoulement de la fosse nasale droite, on m'arracha la deuxième molaire supérieure du même côte. La racine de la dent faisant saillie dans le sinus, il y eut au moment de l'extraction un écoulement abondant et fétide par l'alvéole. Une canule fut mise en place et je pratique depuis 3 ans, matin et soir, des injections variées. Ces jours derniers, j'ai enlevé la canule qu'il m'a été impossible de replacer. »

Après avoir constaté le rétrécissement du trajet, je l'ai élargi et j'y ai replacé une canule à couvercle. L'empyème, quoique très modifié, n'étant pas guéri, j'ai proposé au malade une opération qu'il a refusée.

Du 28 juillet au 24 février, ce malade est venu quatre fois me consulter. La dernière fois il venait me prier d'extraire sa canule qu'il avait poussée très haut en voulant la retirer ; il avait remplacé celle que je lui avais mise par la première. L'opération s'imposant alors, je la pratique le 3 mars, avec le concours des Drs Reulos et Dantan, de M. Brunel, mon chef de clinique, et d'une infirmière. Après l'opération le sinus est bourré de gaze iodoformée,

*3 mars au soir.* — Le malade a peu souffert et a gardé le lit.

*4 mars.* — Gonflement de la joue et de la paupière inférieure gauche ; tension un peu douloureuse de ces régions.

*6 mars.* — Enlèvement de la gaze qui est souillée de sang et d'un peu de pus.

Aprés l'anesthésie de la plaie avec une solution de cocaïne à 1/36, j'introduis dans l'ouverture un speculum, pour examiner l'intérieur du sinus, et je ne tarde pas à voir sur la paroi externe, accolée à une muqueuse un peu bourgeonnante, une saillie d'un gris sale qui cède au stylet en donnant à la main une sensation métallique bien nette. Après avoir soulevé la canule avec un crochet et l'avoir attirée près du speculum, la tête du malade un peu penchée en avant et à droite, je l'extrais au moyen d'une pince, dont j'introduis un des mors dans l'ouverture. Le sinus est ensuite lavé à l'eau boriquée, phéniquée, chloralée et bourré avec de la gaze iodoformée.

*7 mars.* — Diminution sensible du gonflement et de la tension douloureuse.

*9 mars.* — Le malade reprend ses occupations. Pansement : lavage et gaze salolée.

*12 mars.* — Continuation du même traitement.

*Remarques.* — L'ouverture du sinus maxillaire par la paroi externe n'a pas été faite un grand nombre de fois pour l'extraction des corps étrangers ou la guérison de l'empyème. On y procède ordinairement de la manière suivante :

Après l'anesthésie du malade, on dispose sa tête d'une manière variable suivant les opérateurs, on maintient la bouche ouverte avec un bâillon, la langue tirée au dehors du côté opposé au sinus malade, puis, après avoir écarté la joue, on incise le pli gingivo-buccal jusqu'à l'os, depuis la racine de la première molaire jusqu'à celle de la canine. Le décollement du périoste étant fait sur une étendue convenable, en ayant soin de se rendre compte avec le doigt de la position du trou sous-orbitraire pour ne pas léser le

Digitized by Google

nerf qui en sort, on fait dans la paroi antérieure du sinus une ouverture assez grande pour y introduire le doigt et explorer cette cavité. J'ai indiqué succintement tous les temps de l'opération pour motiver les réflexions que celle-ci m'a suggérées au point de la technique et du traitement de l'empyème.

*Position du médecin anesthésieur et du chirurgien. Position et nombre des aides.* — Le médecin pratiquant l'anesthésie est placé à la tête du malade, mais du côté opposé au côté à opérer. Le chirurgien est du côté à opérer Trois aides sont nécessaires : l'un, placé en face du chirurgien, est chargé de mettre l'ouvre-bouche, de tenir la langue avec la pince et d'étancher le sang. Le second est à gauche du chirurgien, écarte la joue et les lèvres de la plaie au moyen d'écarteurs. Le troisième, placé à droite, étanche le sang, donne les instruments, place les pinces hémostatiques et aide à faire les ligatures au besoin.

*Anesthésie du malade.* — Comme Lermoyez, je n'endors pas à fond l'opéré, afin de laisser subsister les réflexes et de rendre possible l'expulsion du sang qui coule dans la gorge.

Le choix du liquide anesthésique ne nous paraît pas indifférent. A moins que l'état du cœur ne s'y oppose, il y a lieu de préférer le chloroforme à l'éther parce que ce dernier donnant naissance à de la vaso-dilatation, augmente trop l'hémorragie.

*Position de la tête du malade.* — Le malade étant anesthésié, la disposition de la tête n'est pas indifférente. Celle-ci ne doit être ni relevée, ni abaissée, de niveau avec le corps et légèrement rejetée en arrière au moyen d'un coussin placé sous la nuque, afin de maintenir un peu en saillie la partie inférieure de la face. J'attache une grande importance à la position de la tête parce que d'elle dépend un peu l'hémorragie. Cette dernière est en effet plus abondante quand la tête pend que quand elle est placée horizontalement ou très légèrement rejetée en arrière. Le malade étant placé convenablement, on maintient sa bouche ouverte avec un bandeau (Lermoyez, Goris) ou un ouvre-bouche. Je donne la préférence à ce dernier instrument qui, une fois en place, supprime la main d'un aide et ne bouge plus. Le bâillon rétrécit l'ouverture buccale, peut glisser et interrompre momentanément l'opération, ou presser la lèvre inférieure contre l'arcade dentaire correspondante.

*Eclairage.* — On peut se servir de la lumière naturelle ou d'un éclairage artificiel, mais ce dernier est indispensable pour l'éclairage du sinus.

La bouche du malade étant bien ouverte et suffisamment garnie de gaze, la langue bien tirée au dehors et à gauche, la joue fortement tendue avec l'index et le médius de la main gauche, on incise perpendiculairement à l'os la muqueuse un peu au-dessous du pli gingivo-buccal. On a soin de commencer l'incision au niveau du bord postérieur de la deuxième molaire et de la terminer un peu en avant du bord interne de la canine, parallèlement au pli gingivo-buccal.

Je considère comme très important de pratiquer l'incision un peu au-dessous du pli et non dans le pli comme on le conseille généralement, à cause des pansements consécutifs. En effet, si l'incision a été faite sous le pli, l'ouverture des tissus mous et osseux se trouve sur le même plan, perpendiculaire à la surface osseuse, et l'introduction de la gaze à pansements n'exige pas les mêmes tiraillements du pli et de la joue à l'aide d'un écarteur ou des doigts.

Le périoste bien sectionné, on tamponne pendant un instant la plaie avec de la gaze pour arrêter le sang qui coule assez abondamment pendant un instant. Si l'écoulement sanguin provient de la section de rameaux artériels on l'arrête au moyen de pinces hémostatiques. Je n'ai pas été obligé jusqu'à présent d'avoir recours à ces dernières. L'hémostase a pu être obtenue au moyen de gaze appliquée pendant un instant sur la plaie.

L'os suffisamment dénudé, les tissus mous bien maintenus au moyen d'écarteurs, on fait sauter la paroi externe suivant les indications données ci-dessous.

L'écarteur doit satisfaire aux conditions suivantes : Il doit avoir une largeur et une courbure suffisantes pour bien maintenir tous les tissus de la joue, un bord libre suffisamment recourbé et mousse tout en état mince pour bien accrocher les tissus et ne pas déraper.

En ouvrant largement la paroi externe il faut éviter de décoller la muqueuse du sinus sur une étendue plus grande que la partie osseuse enlevée. Dans ce but on doit perforer la paroi avec un burin très affilé, comme le conseille Lermoyez, afin de pénétrer d'emblée dans la cavité, puis, à cause du sang qui s'en échappe, agrandir rapidement l'ouverture d'une manière suffisante pour y introduire une certaine longueur de bande de gaze iodoformée de 10 à 12 millimètres de largeur qui arrête promptement l'hémorragie. On introduit ensuite par l'ouverture un des mors d'une pince coupante adaptée à la région. N'ayant pas trouvé de pinces remplissant bien ce but, soit qu'elles fussent trop volumineuses ou n'eussent pas la courbure nécessaire, j'en ai fait fabriquer une par M. Lüer, qui est d'un maniement facile et permet en quelques secondes d'obtenir une ouverture assez grande pour y passer le doigt qui peut être insinué dans le sinus, et en explorer tous les recoins. Je crois avantageux de prolonger le plus possible l'ouverture osseuse en bas et en avant afin de faciliter le drainage de la cavité et l'introduction de la gaze.

Quel que soit le procédé employé pour enfoncer la paroi, on agrandit ensuite facilement l'ouverture avec une curette, une gouge, ou une fraise de dentiste... toutefois ces divers instruments ont le grand inconvénient d'érailler la muqueuse en la décollant près du bord osseux, de telle sorte que la surface de sa section est irrégulière, comme déchiquetée. Voilà pourquoi je préfère à ces instruments la

Digitized by Google

pince coupante qui permet d'élargir l'ouverture faite au début de l'opération en lui donnant une régularité parfaite. Une large ouverture étant obtenue, il est facile d'explorer la cavité du sinus pour en enlever les séquestres, les corps étrangers, en pratiquer le curettage... en un mot remplir les indications. — Dr C. Miot.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 15 juin 1897.*

M. Rendu. Il s'agit d'une observation présentant un assez grand intérêt, car les conclusions qu'elle peut provoquer sont des plus discutables. Le 19 mars dernier, un malade, venu de l'Institut Pasteur, entrait à l'hôpital Necker. Il était atteint de rage. Après sa mort, son autopsie fut faite et, au cours de l'examen des pièces, le garçon d'amphithéâtre fut atteint d'une piqûre à la main. L'instrument souillé avait incisé, en dernier lieu, le pancréas. Deux jours après, on instituait le traitement pastorien; et ce traitement durait du 22 mars au 16 avril.

Pendant les quatre premiers jours, deux injections de trois centimètres cubes chacune par vingt-quatre heures. Pendant les jours suivants, une seule injection de deux centimètres. Le 1er avril, le malade ressent un malaise général; lourdeur des jambes avec fourmillements, douleurs lombaires. Le soir même les douleurs lombaires s'accentuent, il existe de l'hyperesthésie des membres inférieurs. Le 3 avril : les fourmillements augmentent, il existe maintenant de l'anesthésie, le malade ne peut détacher le pied du plan du lit.

Le 4, l'anesthésie remonte à la ceinture, la paraplégie est complète, les sphincters sont paralysés.

Le 6, les bras sont envahis lentement : il existe de la raideur du cou. Les vomissements, la tachycardie marquent l'envahissement du bulbe. D'après les conseils de M. Chailloux, on n'avait point cessé un seul instant les injections de liquide immunisateur.

A partir du 7, les troubles s'amendent, les fourmillements des membres supérieurs diminuent, l'anesthésie disparaît; la paralysie des sphincters ne cède qu'en dernier lieu.

Ainsi donc, ce malade, piqué au cours d'une autopsie de rabique, est atteint, au bout de douze jours du traitement pasteurien, de paralysie à forme ascendante. Quelle hypothèse est-on en droit de formuler? Etait-ce une paralysie rabique? Le pancréas, d'où provenait l'inoculation, est bien, avec le bulbe, une des parties les plus chargées de virus; mais les accidents rabiques mettent au moins quinze jours à apparaître et non pas douze; et surtout la rage à forme paralytique n'est point une paralysie ascendante. Elle commence par le membre inoculé; il y a des spasmes du pharynx; elle ne régresse jamais. Dans le cas présent, il n'y a point de spasmes pharyngés et la terminaison se fait par des symptômes bulbaires. Il paraît donc logique de penser à une myélite ascendante toxique provoquée par des injections de liquide virulent. Il y a cependant une grosse objection; au moment où les symptômes se sont amendés, on a continué, comme par le passé, les injections. Le liquide des premières injections était-il mal préparé? D'autres personnes ayant reçu ce même liquide n'en furent point incommodées. Que conclure? Les accidents, ici, ne seraient ils point dus à l'état spécial du sujet, garçon de la salle d'autopsie, en contact constant avec des émanations putrides, et par ce fait moins résistant? Mais c'est, il faut le reconnaître, encore là une simple hypothèse.

M. Roux. Sans absolument incriminer le traitement pastorien, M. Rendu laisse planer un doute. Cependant on ne peut logiquement admettre que les accidents soient imputables à l'injection et qu'ils aient pu cesser, quoique la cause prétendue continue à exercer ses effets sur l'organisme. J'ai observé aussi deux cas à peu près semblables. Mais sur les dix-neuf mille cas traités à l'institut Pasteur, n'est on pas en droit d'admettre que trois malades au milieu d'un aussi grand nombre aient pu être atteints de paralysie ascendante sans que, pour cela, on incrimine la toxicité des liquides injectés.

M. Laveran cite le cas d'un malade traité par la méthode pastorienne, il y a quelques années, chez lequel s'étaient produits des accidents à peu près semblables à ceux éprouvés par le malade de M. Rendu, avec cette différence cependant que les phénomènes paralytiques avaient atteint d'abord le membre mordu. Il s'agissait probablement là d'une forme abortive de la rage.

M Grancher pense que les doutes émis par M. Rendu ne sont point suffisamment motivés.

M. Brouardel. On ne peut dire qu'il s'agisse d'accidents rabiques, car on ne connaît point d'inoculation faite de l'homme à l'homme. Mais les accidents ne pourraient-ils être dus à des toxines venues de la piqûre anatomique.

M. Reclus. — **Du traitement des fractures de jambe par l'appareil ambulatoire.** — L'appareil consiste en une première pièce qui n'est autre chose qu'une botte plâtrée un peu courte, la deuxième pièce est constituée par deux contreforts plâtrés appliqués à la partie supérieure de la botte et devant former un point d'appui à la troisième pièce; celle-ci est un étrier rigide, métallique, dont les extrémités supérieures s'appuient sur les contreforts; la portion inférieure est destinée à reposer sur le sol. Une bande plâtrée la fixe en bonne position. De cette manière, on peut maintenir les fragments réduits et cependant, permettre au malade de marcher; la portion du membre sous-jacente à la fracture pend, en quelque sorte, libre à l'intérieur de l'étrier.

Non seulement cet appareil permet aux malades de con-

Digitized by Google

tinuer leurs occupations, mais hâte un peu la formatiou du cal et surtout évite l'atrophie du segment de membre sous-jacent et la raideur des articulations.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 11 juin 1897*

**Synovites multiples à pneumocoques.** — MM. Widal et Mercier. Nous venons d'observer des synovites multiples à pneumocoques chez un homme de quarante-six ans, qui fut pris, au déclin d'une pneumonie, de douleur dans l'articulation tibio-tarsienne gauche La rougeur et la tuméfaction gagnent bientôt le côté externe de la jointure et remontent au-dessus de la malléole, le long des tendons péroniers. Les jours suiuants, les régions périrotuliennes gauche, puis la droite, deviennent rouges et tuméfiées. L'articulation scapulo-humérale se prend à son tour. Enfin au niveau de la main gauche, sur la face dorsale des métacarpiens du médius et de l'annulaire, apparaissent de la douleur, des phénomènes inflammatoires et bientôt de la fluctuation au niveau de la gaine des extenseurs. Pendant qu'évoluent ces arthropathies et ces synovites les symptômes généraux s'aggravent et le malade meurt dans le coma.

Le pus, retiré pendant la vie de l'articulation tibiotarsienne et de la gaine des extenseurs, contenait des pneumocoques à l'état de purete.

A l'autopsie, on retrouva le même microbe dans les synoviales articulaires et tendineuses L'examen histologique des synoviales et des gaines tendineuses ne montra que des altérations superficielles consistant en desquamation des cellules endothéliales. congestion vasculaire, infiltration leucocytaire. et foyers hémorragiques.

Ce fait sort de l'ordinaire. car les arthrites à pneumocoques sont rarement généralisées Or, dans sa jeunesse, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, cet homme avait été atteint d'arthropathies douloureuses qui persistèrent pendant quatorze mois. Il semble donc qu'il présentât une sensibilité spéciale de son système séreux qui s'est laissé toucher par l'infection pneumonique, comme jadis par l'infection typhique.

**Les métrorrhagies dans les maladies du cœur.** — M. Dalché. La fréquence et la gravité des métrorrhagies dans les maladies du cœur ont été appréciées de façons fort différentes, tant par les gynécologues que par les auteurs qui se sont occupés de pathologie cardiaque. Cela tient à ce que l'on n'a pas toujours assez tenu compte de la période à laquelle était arrivée la cardiopathie, au moment où on examine la patiente. Cependant, Maurice Raynaud, et Vallon après lui, avaient déjà remarqué que les règles sont souvent abondantes, profuses au commencement des maladies de cœur et se suppriment à la phase ultime. En effet, dans la pathogénie de ces métrorrhagies entre un élément d'importance prépondérante: c'est la fluxion pathologique ou menstruation qui disparaît à l'époque de l'asystolie permanente et de la cachexie cardiaque, époque où la femme reste dans l'aménorrhée ; or, les premières pertes utérines surviennent toujours à l'occasion des règles. Les métrorrhagies se produisent de préférence lorsque la lésion cardiaque, encore bien compensée, se manifeste seulement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement, des vertiges. un peu d'œdème malléolaire le soir, l'irrégularité des battements, propre aux mitraux, compensés sans insuffisance tricuspidienne ou myocarde forcé. La fonction ovarienne, encore respectée, provoque la fluxion utérine menstruelle, qui, à son tour appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive. De même qu'il existe un foie. un rein cardiaque, il y a un utérus cardiaque sur lequel un état de congestion se fixe de par le fait du molimen cataménial simple ou d'une affection utérine ou péri-utérine, métrite chronique, fibromes, tumeurs ou phlegmasies ovariennes. C'est ainsi que les métrorrhagies de la puberté, dues à un rétrécissement mitral, sont favorisées par l'évolution de tout l'appareil génital qui, de l'état infantile et pubescent, passe à l'état adulte. Enfin, il est une classe de métrorrhagies, dont l'apparition précède toute manifestation symptomatique du côté du cœur.

Rares chez les aortiques, les métrorrhagies se montrent chez les mitrales, en particulier dans les cas de rétrécissement mitral. Les maladies du cœur droit ne les provoque guère et les malformations congénitales presque jamais. M. Huchard a signalé l'influence de l'hypertension artérielle ; l'artério-sclérose peut altérer aussi les artères utérines. L'effet de ces diverses causes est encore exagéré et favorisé par la constipation chronique, les hémorrhoïdes, les affections du foie, etc.

Scanzoni a indiqué à tort ces métrorrhagies chez les enfants. A la puberté, l'éruption des premières règles est difficile, leur abondance prend souvent le caractère de pertes, une dysménorrhée utérine et ovarienne aggrave la situation. Pendant la vie génitale, les troubles menstruels apparaissent tantôt en même temps que les palpitations les plus précoces, tantôt surviennent sous l'influence d'une fatigue, d'un surmenage, de la station debout, etc. Pour quelques auteurs, il est des cas où l'hémorragie serait profitable et jouerait le rôle de décharge pour la circulation. A la ménopause et après, il ne faut pas oublier la possibilité de métrorrhagies dues à l'artério-sclérose.

Une intervention opératoire demeure insuffisante parce que, derrière l'utérus, le cœur malade continue à commander aux accidents; il faut s'adresser à la digitale, à l'ergot, etc., et, dans les cas d'hypertension artérielle, à l'opium et aux sédatifs.

**Hydropneumothorax tuberculeux guéri par la thoracentèse.** — M. Troisier communique l'observation d'un homme de 25 ans, atteint de tuberculose à la première période, qui fut pris brusquement d'un point de côté à

Digitized by Google

gauche ave dyspnée vive. Entré quatre jours après à l'hôpital Beaujon, il présentait les signes classiques d'un pneumothorax gauche : sonorité de ce côté de la poitrine, râles à timbre métallique, bruit d'airain... mais sans traces d'épanchement, celui-ci apparut quelques jours après, s'accompagnant de fièvre et augmenta lentement, Quinze jours après, il était devenu très abondant, déterminant une dyspnée de plus en plus vive, de la cyanose et du déplacement du cœur. La thoracentese, qui s'imposait, amena 750 grammes de liquide fibrineux et un soulagement immédiat. L'épanchement se reproduisit, et, 15 jours après, une seconde thoracentèse fut pratiquée ramenant 900 gr. de liquide clair, citrin, albumineux. Le lendemain, le bruit de succession persistait dans la poitrine ; néanmoins le liquide restant dans la poitrine se résorba, le murmure vésiculaire réapparut dans le poumon, qui put se déplisser et reprendre son ancienne position, grâce à l'oblitération de la fistule pleurale. Au bout de deux mois cet homme était entièrement guéri de ses accidents pleurétiques.

La guérison rare dans les cas de ce genre, est ordinairement très lente à se produire, elle exige quatre, cinq mois et plus pour être définitive. Pour expliquer cette terminaison rapide, il faut admettre que la fistule bronchopleurale était oblitérée lors de la deuxième ponction, peut-être même dès la première. Cette oblitération permet d'obtenir un résultat favorable par la thoracentèse ; malheureusement nous ne possédons aucun signe clinique qui permette de reconnaître que la fistule est oblitérée. Chez ce malade, la thoracentèse a été faite pour éviter l'asphyxie.

M. Rendu. La thoracentèse est utile dans certains hydro-pneumothorax, mais il faut subordonner son emploi à l'intensité de la dyspnée, car ces épanchements sont susceptibles de se résorber, et par le vide fait dans la plèvre on peut crever la soupape qui oblitère la fistule.

M. Galliard. Dans l'hydro-pneumothorax tuberculeux, l'état chronique est la règle ; le fait de M. Troisier est donc exceptionnel. En raison des guérisons spontanées observées, la thoracentèse doit être repoussée, à moins que la suffocation ne force la main. S'il y a tendance à la suppuration, on pratiquera dans la plèvre de faibles doses d'une solution de sublimé, sans évacuation préalable du liquide, de façon à enrayer la suppuration et à pouvoir attendre la résorption de l'épanchement.

M. Widal a observé un cas analogue d'hydro-pneumothorax tuberculeux avec dyspnée atroce ; il fit la thoracentèse et retira 500 gr. de liquide séreux contenant le streptocoque à l'état de pureté. Une amélioration momentanée s'ensuivit ; puis une nouvelle ponction donna 1000 gr. de liquide séreux, ne contenant aucun microbe. En trois mois, il dut faire cinq ponctions et obtint une guérison complète des accidents pleuraux.

M. Béclère. S'il est vrai que nous ne possédons aucun moyen clinique pour reconnaître l'oblitération de la fistule pleuro-bronchique, la méthode de Rœntgen permet cependant d'éclaircir ce point de diagnostic. En effet, les rayons X éclairent la partie du poumon restée perméable à l'air ; si, après plusieurs examens successifs, on le voit se rapprocher de la paroi thoracique c'est que la fistule est oblitérée ; d'où cette conclusion pratique que la thoracentèse est permise.

**Fièvre de surmenage par l'usage de la bicyclette.** — M. Mathieu rapporte l'observation d'un homme de 20 ans, entraîné progressivement, qui, après une course de 29 heures sur piste, fut pris en descendant de machine d'une faiblesse générale très grande, de dyspnée, palpitations, toux et cracha un verre de sang. Le lendemain, la température était de 40°, cet homme paraissait épuisé, avait du délire et présentait un état typhoïde. Cependant, ces symptômes généraux s'améliorèrent, et la fièvre tomba brusquement le septième jour, comme dans la pneumonie, sans qu'à aucun moment on eût constaté de phénomène inflammatoire du côté de la poitrine. A l'entrée du malade, les urines renfermaient 1 gr. 50 d'albumine par litre ; l'albuminurie persista après la disparition de cette fièvre de surmenage ; peut-être s'agissait-il d'une néphrite latente, car ce malade avait eu antérieurement la scarlatine

M. Faisans a observé un cas analogue chez un homme de 45 ans environ, non entraîné. Après une course de 46 kilomètres à une allure assez rapide, il fut pris le soir de fatigue extrêm avec une température de 39°, et vit se dérouler les symptôme d'une infection à forme typhoïde, qui dure 20 jours, sans aucune localisation viscérale, Au bout d'un mois survint une phlébite des veines intra-musculaires du mollet, avec myosite, puis une myocardite infectieuse. Bref, cette maladie, qui parut fort grave à certains moments, fut caractérisée par deux périodes. une première période d'empoisonnement de l'organisme par les toxines internes dues au surmenage ; une seconde période d'infection sanguine développée à la suite de la première. — H. Marcigney.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 16 juin*

**Extirpation du cancer du rectum.** — M. Quenu. Une seule technique opératoire ne convient pas pour l'extirpation du cancer du rectum ; celle-ci varie suivant la localisation de la tumeur.

A ce point de vue, suivant que le néoplasme est situé au-dessus, au niveau, ou au-dessous de la troisième vertèbre sacrée, l'ablation de la tumeur sera faite soit par la voie iliaque gauche avec extirpation totale du rectum et établissement d'un anus iliaque dans les deux premiers cas, soit par la voie rectale, avec fixation du bout supérieur à la région anale.

Dans les cas douteux, lorsqu'il est impossible de fixer par l'exploration directe la limite supérieure du cancer M. Quenu conseille de pratiquer une large incision iliaque au travers laquelle la main du chirurgien ira explorer le petit bassin ; cette incision servira ensuite à établir l'anus iliaque.

**Hystérectomie abdominale totale dans les lésions des annexes.** — M. Richelot, après avoir établi la technique définitive de l'extirpation des fibromes utérins par la voie abdominale, propose d'avoir rerours à ce même procédé pour l'ablation des poches purulentes annexielles. Cette

Digitized by Google

opération est surtout indiquée chez les femmes jeunes. alors que la bilatéralité des lésions n'est pas absolument démontrée. Les chirurgiens américains semblent l'avoir adoptée de préférence à l'hystérectomie vaginale totale pour les mêmes cas. Le but de la méthode est : 1° de n'enlever qu'un annexe, si celà est nécessaire; 2° d'extraire les poches purulentes sans les rompre. Le ventre est largement ouvert et l'utérus mis sous les yeux de l'opérateur. Il taille un lambeau péritonéal antérieur, refoule la vessie dans le petit bassin, pince l'artère utérine; puis il attaque l'utérus de bas en haut par le cul-de-sac vaginal antérieur. Celui-ci étant ouvert, il relève le museau de tanche avec une pince, et coupe avec des ciseaux dans le pourtour du tissu utérin, de manière à libérer son segment inférieur; cela fait, il décolle et sectionne les annexes de bas en haut, sans rompre les poches purulentes et finit par la section du bord antérieur du ligament large entre deux pince. Lavage du petit bassin; puis, s'il n'y a pas eu rupture d'abcès, fermeture par des points de suture du vagin, en haut des ligaments larges et de la paroi abdominale. S'il y a eu rupture de poche purulente, drainage du petit bassin par le vagin à l'aide d'un gros tube de caoutchouc.

**Election.** — M. Potherat est nommé membre titulaire de la Société. — H. M.

## ACTUALITÉ

### Le Concours des Hôpitaux (*suite et fin*)

« Ainsi, ont toutes choses leur fin et période. Et, « quand elles sont venues à leur poinct superlatif. « elles sont en bas ruinées : car elles ne peuvent long- « temps en tel estat demeurer. » (RABELAIS.)

Un dernier mot sur cette question, sur les moyens d'exécution des diverses épreuves que je propose pour ce malheureux concours, et une réponse aux objections.

I. — La « petite » admissibilité se composerait, avons-nous dit, de trois épreuves : la première et la dernière étant des épreuves de diagnostic au lit du malade; la seconde, l'épreuve sur titres.

*Première objection :* Pourquoi multiplier ainsi les épreuves? La troisième, qui est la répétition de la première, pourrait être supprimée. — Sans nul doute; mais, j'ai voulu par là montrer l'importance de la clinique, et permettre à un candidat qui pourrait sortir un peu éprouvé des résultats de l'épreuve sur titres, de regagner des points à une nouvelle épreuve de diagnostic, puisque la seconde ne serait pas éliminatoire.

*Seconde objection :* L'affichage du diagnostic n'aurait-il pas des inconvénients, notamment lorsque le jury aurait pu commettre une erreur? — D'abord, il faut bien dire que ces erreurs commises par un jury de 9 personnes sont certainement très exceptionnelles, et croyez-vous qu'elles ne sont as aussi bien connues par le système actuel? Il faut voir au contraire dans l'affichage du diagnostic une double sécurité de plus pour le candidat : d'une part, l'impossibilité pour lui de croire à l'injustice; d'une autre part, l'obligation pour le jury de donner des diagnostics précis, des diagnostics faits et non pas à faire. Quant à l'erreur, elle est possible *(errare humanum est)*; mais, je le répète, elle est extrêmement rare. Du reste, on peut établir pour le jury la possibilité de réformer son diagnostic

*Troisième objection* : L'épreuve sur titres n'exposera-t-elle pas à une production exagérée de travaux à jet continu et sans importance, dont le jugement sera rendu difficile et même impossible par leur nombre? — Nullement; on ne jugera pas sur la *quantité*, mais sur la *qualité*, et chaque candidat ne pourra présenter au jugement de la Société médicale des Hôpitaux plus de trois ou quatre travaux originaux qu'il choisira lui-même : deux travaux de clinique ou de thérapeutique, un travail d'anatomie pathologique ou de bactériologie. Seront naturellement exclus du concours : les traités, les manuels, les compilations, les revues, etc. qui n'ont pas le caractère de recherches personnelles et originales.

*Quatrième objection :* Le pointage semble impossible pour l'épreuve sur titres jugée par tous les médecins des hôpitaux. — C'est là encore une erreur. Il est évident que le nombre de points ne devra pas être égal à celui des suffrages exprimés; car alors, si un candidat obtenait 60 voix, par exemple, c'est-à-dire 60 points pour cette seule épreuve sur titres, les deux épreuves de diagnostic (à 20 points chacune) seraient en quelque sorte annihilées. Pour obvier à ce grave inconvénient, on pourrait établir que, pour cette épreuve, le maximum des points étant également de 20, on accorderait un point pour chaque série de cinq suffrages obtenus. Sans doute, les chefs de service voteraient avec ensemble pour leurs élèves, mais ceux-ci bénéficieraient, à chances presque égales, de cette bienveillance très naturelle, et ils ne pourraient accuser certaines cabales de se produire, puisque celles-ci se perdraient dans le grand nombre des votants. (Il y aurait peut-être d'autres combinaisons dont l'étude viendra à son heure.)

Enfin, pour bien assurer le droit de préséance de la clinique, on pourrait accorder 30 points à la seconde épreuve clinique.

II. — Pour les trois épreuves de la « grande » admissibilité (consultation écrite, question écrite sur un sujet de pathologie, diagnostic d'un ou deux malades), je ne vois guère d'objections.

Cependant, il faudrait établir que la première épreuve de consultation écrite serait encore éliminatoire, et que le nombre des candidats admis à subir les deux dernières épreuves, serait le triple des nominations à faire.

*
* *

Les concours sont trop rapprochés et trop nombreux, et comme il y a souvent trois concours par an, que chacun d'eux dure plus de deux mois, et qu'un candidat n'arrive en moyenne qu'après 4 ou 6 ans, on voit d'ici les conséquences de cet état de choses : véritable surmenage, perte de temps. Si après cela, les candidats ne deviennent pas tous neurasthéniques, c'est qu'ils sont fortement trempés contre cette neurasthénie!

Alors, s'il y a huit places vacantes par an, pourquoi ne pas instituer seulement deux concours de quatre places?

Telles sont les réformes que je propose. Il y en a sans doute de meilleures, les miennes comportent peut-être d'autres objections importantes que je n'ai pas prévues. Là n'est pas la question, et j'ajoute que l'on doit accueillir toutes les améliorations proposées, d'où qu'elles viennent. La question est plus haute : elle vise le recrutement équitable des médecins des hôpitaux, la justice des concours, et notre patrimoine scientifique, comme je l'ai dit.

C'est pourquoi s'impose d'urgence la formation d'une commission chargée d'étudier et d'accomplir toutes les réformes devenues indispensables. Aujourd'hui, la question est mûre; on ne

Digitized by Google

peut pas, on ne doit plus l'ajourner à demain. Mais, une première difficulté se présente : celle d'avoir une commission composée d'hommes indépendants, sans passion, sans parti pris, et capables de sacrifier les considérations personnelles à l'intérêt commun.

Mais, que nos collègues du journalisme et des hôpitaux ne se lassent ni ne se découragent. J'ai entendu autrefois quelques-uns de nous se plaindre de l'espèce d'ostracisme dans lequel ils ont été tenus depuis le jour où ils ont abordé ces questions, des dures inimitiés et des accusations toujours injustes qui les ont accueillis Ceci n'a qu'un temps, et passe... Pour vous donner la force de persévérer, il faut bien vous dire que vous combattez le bon combat, que vous cherchez à vaincre la force d'inertie, que les choses « ne peuvent longtemps en cet estat demeurer », que les vrais, les seuls partisans du concours se trouvent dans le camp des réformateurs; il faut se rappeler que la routine a toujours son cortège d'adorateurs, la vérité ses détracteurs impénitents, et qu'autrefois le duc de Saint-Simon, dans sa fière indépendance, a tracé ces lignes bien vraies qu'on dirait écrites d'hier, ce qui prouve qu'à travers les siècles, le monde ne change pas :

« Chacun est attaché à ses intérêts, à ses prétentions, à ses chimères, et rien de tout cela ne peut souffrir la moindre contradiction. On n'est ami de la vérité qu'autant qu'elle favorise, et elle favorise peu de toutes ces choses-là ». — H. Huchard.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons de clinique médicale, psychoses et affections nerveuses**, par Gilbert Ballet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Un volume (Doin, éditeur).

Ce livre contient 24 leçons de clinique dont les sujets sont aussi variés qu'intéressants. Les chapitres les plus importants traitent du délire de persécution, des psychoses puerperales, de l'hypochondrie, des modes de début de la paralysie générale, des névrites cubitales, de l'acroparesthésie, de la chorée congénitale, de la surdité verbale urémique, de la migraine ophtalmoplégique, des polynévrites, des paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial, des myélites infectieuses expérimentales, etc., etc.

Afin de donner une idée de la valeur de ce travail, nous recommandons vivement la lecture de la clinique de M. Gilbert Ballet sur l'hypocondrie, publiée par le *Journal des Praticiens* (avril 1896), et qui se trouve reproduite plus complètement dans ces leçons de clinique médicale. On pourra ainsi juger que tous les éloges que nous pourrions faire du livre de M. Gilbert-Ballet sont mérités, et que les praticiens nous sauront gré de leur présenter ce livre en leur en recommandant la lecture. Nous sommes d'avance convaincus du succès de cette publication, d'un caractère essentiellement pratique, et nous croyons inutile de nous appesantir plus longtemps sur son importance, qui est au-dessus des meilleurs éloges qu'on pourrait en faire. — M. Deguy.

## *THERAPEUTIQUE HYDRO-MINERALE*

### Appendicite et atonie

On a longuement discuté, dans ces derniers temps, au sujet de l'appendicite, et tous nos lecteurs ont encore présentes à l'esprit les récentes communications faites à l'Académie de médecine et à la Société des hôpitaux. A mon sens, les orateurs n'ont peut-être pas assez insisté sur la grande cause des entéro-colites et des typhlites en général : l'atonie gasto-intestinale. Que de fois cette habituelle paresse de l'intestin n'entraîne-t-elle pas la phlogose et l'infection stercorales !

Multiples sont les origines de l'atonie : vêtements mal faits ou trop serrés, relâchement des muscles abdominaux, négligence de la discipline intestinale indispensable, entéroptose de Glénard, vie sédentaire, abus du régime carné et condimenté, disposition arthritique aux catarrhes et aux fermentations; telles sont les causes que nous incriminons, le plus souvent, dans la pratique journalière, pour expliquer l'acrinie du gros intestin et la diminution de son péristaltisme physiologique.

La torpeur du foie est aussi, suivant l'école anglaise, une grande cause de coprostase, de sécheresse des fèces, d'inactivité rectale et d'obstruction du ventre. Le foie n'est-il pas, le premier, en cause, lorsque nous déplorons le trouble des mutations nutritives ? Dans ces cas de *torpid liver*, la meilleur médecine est encore la médecine traditionnelle, qui cherche, tout d'abord, à opérer une déplétion des humeurs, pour réparer ensuite, aux frais de matériaux neufs, la constitution des tissus. L'émonctoire intestinal est le plus commode et le plus énergique de tous, pour dégager et renouveler les élaborations cellulaires et restituer, peu à peu, l'intégrité fonctionnelle de la sanguification. C'est ainsi que l'action sécrétoire et assimilatrice d'Hunyadi Janos contre la langueur du foie est aujourd'hui, universellement admise comme une prophylaxie des plus salutaires.

D'autre part, l'atonie gastro-intestinale possède, dans l'eau purgative naturelle, un remède fidèle et toujours efficace. Par son pouvoir eccoprotique et lubréfiant, stimulant et régulateur, Hunyadi Janos a conquis, d'ancienne date, les préférences des plus grands praticiens. Plus encore comme mesure préventive que comme moyen curatif, elle nous représente le type de l'évacuant, capable de restituer à l'intestin sa tonicité normale et d'empêcher les hyperplasies réactionnelles de la constipation, en faisant la chasse à tous ces résidus dont la stagnation sert toujours de point de point de départ à la phlegmasie cœcale.

L'usage habituel de la célèbre source hongroise détermine, au surplus, une sorte d'immunité toxique et hématogène, qui tient beaucoup à la remise en état des glandes digestives et à la décongestion de la circulation abdominale. « La nutrition, c'est la vie », disait Galien et avec lui, les galénistes modernes le proclament, par la voix de Bouchard et d'A. Gautier : toute médication trophique est une médication macrobiotique...

L'eau purgative naturelle possède une action, d'ailleurs complexe, mais qui aboutit à ces deux résultantes désirées : stimulation contractile des fibres lisses, d'une part, hypersécrétion et dégorgement hépatique et glandulaire, d'autre part. Cette médication suffit, dans la majeure partie des cas, pour exhausser la vitalité générale, chez les sujets torpides et mettre obstacle aux auto-intoxications. Si l'on songe, du reste, que la diathèse qui domine la pathologie contemporaine, je veux dire l'arthritisme, se réduit, au fond, à l'accumulation, dans les plasmas, de principes extractifs toxiques ou fermentescibles, il est impossible de méconnaître la nécessité d'une élimination régulière par un cathartique de choix, tel que celui que nous offre la nature dans l'eau d'Hunyadi Janos. — Dr E. Monin.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Laënnec.* — M. le Dr Paul Reclus.

**Greffe italienne et greffe de Thiersch**

Vous m'avez demandé de compléter mes conférences quotidiennes au lit du malade par des cliniques moins familières à l'amphithéâtre. Je me rends à votre désir et j'inaugure aujourd'hui ces leçons du samedi sur la thérapeutique chirurgicale par un exposé des merveilleuses ressources que nous fournissent les différentes sortes de greffes pour la réparation des pertes de substances anciennes ou récentes, ulcéreuses ou traumatiques.

Parlons d'abord des pertes de substances ulcéreuses, celles qui succèdent aux brûlures ou que provoquent les varices du membre inférieur. La chirurgie était à peu près désarmée lorsque je commençais mes études et, pour peu que la surface bourgeonnante dépassât certaines limites, les pommades, les topiques de toutes sortes, l'emplâtre de Vigo et les bandelettes de diachylon restaient impuissants à cicatriser le mal. Dans les cas les plus heureux une frêle pellicule épidermique finissait par s'organiser et tarissait la suppuration, mais le plus léger traumatisme suffisait pour emporter la fragile membrane ; l'ulcère s'ouvrait de nouveau et trop souvent l'amputation du membre était notre dernière et déplorable ressource.

Aussi ce fut un immense progrès, lorsque, en 1869, Jacques Reverdin, de Genève, alors interne des hôpitaux de Paris, imagina la greffe épidermique. Vous savez en quoi elle consiste : sur la face interne de la jambe, en avant du tibia, on introduit, dans la peau bien tendue, la pointe d'une lancette à saigner, on la pousse parallèlement à l'os et à une très petite profondeur, un demi-millimètre environ ; après un court trajet, 3 à 4 millimètres au plus, cette pointe ressort recouverte d'un petit lambeau épidermique qui s'est coupé sur le bord de l'instrument. Reverdin porte alors la lancette, chargée de ce greffon, sur l'ulcère à réparer, et il place le lambeau minuscule de façon à ce que sa face profonde repose sur les bourgeons charnus. Une bandelette de diachylon l'empêche de glisser. On parsème ainsi la surface de l'ulcère d'un nombre suffisant de ces greffes ; chacune d'elles devient un centre d'épidermisation, un îlot cicatriciel qui s'accroît jusqu'à rencontrer les îlots voisins et c'est ainsi que se comble la perte de substance.

Les petites greffes de Reverdin mesurent à peine en surface quelques millimètres carrés et se compose en épaisseur, des couches cornées, des cellules molles de Malpighi et du sommet des papilles décapitées par la lancette. Elles n'en finissent pas moins par recouvrir, chacune, un espace environ aussi large qu'une pièce de cinquante centimes. On a voulu diminuer encore le greffon et se contenter de semer sur l'ulcère des squames vieillies de la couche cornée et des raclures épidermiques. Les efforts de Marc Sée n'ont pu faire prévaloir cette pratique. Et même la greffe de Reverdin, malgré ses incontestables succès, a été abandonnée parce que, en définitive, on a trouvé beaucoup mieux. Mais n'oublions pas qu'elle fut la première en date et que c'est à elle que nous devons beaucoup des découvertes ultérieures relatives aux greffes.

La greffe de Reverdin présentait quelques inconvénients : d'abord il fallait préparer l'ulcère à recevoir les lambeaux épidermiques qui n'auraient pas pris racine sur une surface atone. On devait exciter les bourgeons charnus par des cautérisations répétées, des lavages à l'eau chaude, l'élévation, la compression, les applications antiseptiques et c'est seulement lorsque la membrane granuleuse était devenue rose ou vermeille, que la greffe avait des chances de réussir. Et puis la cicatrisation était fort lente ; il fallait multiplier les petits lambeaux pour multiplier les centres d'épidermisation. Plusieurs mouraient souvent sans pullules et l'application de greffes nouvelles était nécessaire. De plus, la rétraction consécutive était parfois considérable ; enfin, il n'était pas rare de voir la membrane cicatricielle, de résistance assez précaire, se rompre et l'ulcération se reproduire.

Déjà Ollier avait eu l'idée de prendre, sur la peau du patient, des greffes plus larges et moins superficielles ; il ne se contentait pas de décapiter les papilles comme Reverdin, mais il entamait franchement le derme et soulevait des lambeaux qui mesuraient plusieurs centimètres de côté. La surface granuleuse de l'ulcère en était entièrement recouverte ; aussi la cicatrisation était-elle rapide et la rétraction inodulaire moindre. Mais un inconvénient considérable persistait, la fréquence de la mortification de la greffe, mortification d'autant plus regrettable que cette greffe représentait, en définitive, une surface dermo-épidermique importante dont le sphacèle était une perte sèche pour l'organisme. Aussi tout en étant de premier ordre la modification d'Ollier n'était-elle pas suffisante.

Thiersch supprima la membrane granuleuse que respectaient Ollier et Reverdin. Avec un razoir on abrase cette couche de bourgeons charnus ou bien on la détruit avec la curette ; on ne s'arrête qu'aux tissus anciens, presque toujours sur l'aponévrose, et la surface cruentée est presque l'équivalent d'une perte de substance traumatique récente. Les bénéfices de l'extirpation de la membrane granuleuse sont considérables. D'abord plus n'est besoin de préparer les bourgeons charnus à la réception de la greffe, puisqu'on supprime ces bourgeons charnus ; il y a là, et de ce seul fait, un gain de temps fort appréciable. Puis il est très rare de voir les greffes manquer. Elles ne se sphacèlent pour ainsi dire jamais. Enfin, la guérison est rapide ; en une seule séance l'ulcère est recouvert et au bout de huit à quinze jours, la cicatrisation est complète.

Aussi cette greffe d'Ollier-Thiersch a-t-elle rapidement conquis le public médical et, à cette heure, il n'est pas un de nous à qui elle n'ait rendu des services inappréciables.

Digitized by Google

Je vous montrai ce matin un homme dont les ulcères avaient été rapidement guéris par ces greffes. Or, la perte de substance occupait une grande étendue, la presque totalité du tégument inférieur de la jambe droite. Elle est remplacée maintenant par une peau sèche, très vivante et qui paraît suffisamment solide. Aussi allons-nous recourir aujourd'hui même à cette greffe excellente et je vais l'employer chez deux de nos malades dont les ulcères ont résisté au repos, à la compression, aux lavages répétés avec de l'eau à la température de 55 degrés centigrades, enfin aux applications de solutions saturées d'acide picrique.

La technique de cette greffe est des plus simples. On commence par extirper la membrane granuleuse de l'ulcère. Certains ont recours au rasoir; nous préférons la curette qui enlève tous les bourgeons charnus et ne s'arrête qu'en tissu sain ; non seulement on détruit ainsi un sol peu propice au transplant de la greffe, mais encore on fait disparaître une surface suppurante, par conséquent infectée et plutôt dangereuse pour la réunion immédiate. Un troisième avantage, réel, mais sur lequel néanmoins Thiersch nous paraît trop insister, c'est que, en enlevant les bourgeons charnus, on supprime du même coup la possibilité de rupture de leurs vaisseaux embryonnaires et ces hémorragies si fréquentes qui, dans l'ancienne greffe, soulevaient des lambeaux et empêchaient leur coalescence avec le fond de l'ulcère. Quoi qu'il en soit, le fond de l'ulcère, les bords eux-mêmes seront avivés avec le plus grand soin et, lorsqu'il ne restera plus trace de bourgeons charnus, on asséchera les parties cruentées en les comprimant pendant un temps suffisant sous un tampon aseptique.

Pendant que dure cette compression hémostatique, on taille les lambeaux de la greffe. Un aide saisit les faces latérales et postérieures de la cuisse de façon à tendre la peau de la face antérieure, que le chirurgien, avec un grand rasoir plat, entame franchement dans la moitié de son épaisseur environ. Il avance, dans le même plan de clivage, par un rapide mouvement de va-et-vient, en archet. Si la greffe est bien taillée, un ruban d'une largeur constante de un ou deux centimètres, finement dentelé, blanc rosé, se ramasse par plis réguliers sur la lame et on l'arrête à la longueur convenable en relevant, d'un coup net, le tranchant appuyé sur le pouce ; avec l'habitude, on arrive à tailler des lanières de quinze à vingt-cinq centimètres avec lesquelles on va recouvrir la perte de substance de la brûlure ou de l'ulcère.

C'est une manœuvre assez délicate; elle réclame de la patience, mais elle n'est nullement difficile. On apporte, sur l'ulcère, le razoir chargé de son ruban de peau et, avec de longues aiguilles, on attire sur la perte de substance l'extrémité inférieure de ce ruban que l'on étale de façon à ce que sa surface cruente s'appuie sur la surface cruente de l'ulcère. L'important est que les bords de la greffe ne se recroquevillent pas. Un procédé très simple, employé par Thiersch, consiste à fixer par une sonde cannelée le bout du lambeau sur la marge même de la plaie, puis à éloigner le rasoir en sens inverse ; la lanière se déploie et s'applique sur l'ulcère; on met ainsi côte à côte les bandelettes qui doivent déborder les marges de la plaie et être non seulement tangentes, mais se recouvrir même par un mince liseré. L'aiguille rectifie les bords et corrige les plissements; les rognures comblent les angles et font le remplissage. Il est en effet indispensable que la surface totale de la perte de substance soit recouverte par la greffe : un chiffonné de gaze aseptique, des lames de ouate hydrophile méthodiquement comprimée par des tours de bande, maintiendront les lambeaux dermo-épidermiques sur la perte de substance. Ce pansement restera en place au moins huit jours, et, au bout de quinze, la cicatrice sera solide.

On n'a plus à faire l'éloge de cette greffe, et l'on ne compte plus les succès qu'on a obtenus grâce à elle. Et cependant on a voulu mieux encore. Les téguments qui recouvrent la perte de substance restaurée par la méthode d'Ollier-Thiersch ne sont pas l'équivalent de la peau normale ; ils sont adhérents aux partie profondes, ils sont aussi plus fragiles et les cas ne sont pas exceptionnels où l'ulcération se refait dans ces tissus précaires. Aussi a-t-on cherché à remplacer la peau détruite par de la peau analogue, et la greffe par la *méthode italienne* peut seule arriver à ce résultat. Vous savez en quoi elle consiste :

Paul Berger, le véritable restaurateur de la méthode en France, en a fixé la technique d'une manière rigoureuse. Le premier point consiste à déterminer la région à laquelle on empruntera le lambeau. Il faut de toute nécessité qu'on puisse rapprocher l'ulcère de cette région ou cette région de l'ulcère. Je suppose une brûlure de l'avant-bras ; le ventre fournira facilement le lambeau, car il sera facile, sans fausse position et sans traction pénible, d'appliquer l'avant-bras sur le ventre et de recouvrir du lambeau détaché de la paroi abdominale, la perte de substance du membre supérieur. On comprend comment le membre supérieur empruntera son lambeau à la paroi abdominale et à la paroi thoracique, la face au membre supérieur, le membre inférieur au membre inférieur correspondant et même à la fesse. Tous ces points ne peuvent être étudiés qu'à propos de chaque cas particulier.

Lors donc qu'on aura choisi la région où prendre le lambeau, lorsqu'on aura vu que l'ulcère s'en approche sans difficulté et que les régions peuvent être immobilisées pendant deux ou trois semaines dans leurs nouveaux rapports réciproques sans gêner aucune fonction, il reste à tailler le lambeau. Pour cela, on applique un morceau de makintosk sur l'ulcère et on le coupe en suivant les bords de l'ulcère; mais on ne craint pas de faire plus grand à cause de la rétraction due à l'élasticité de la peau. Le patron est alors mis sur le tégument qui va fournir le lambeau et on taille la peau en la libérant de trois côtés; elle reste adhérente par un quatrième qui consti-

Digitized by Google

tuera le pédicule nourricier du lambeau comprenant toute l'épaisseur des téguments jusque et y compris le tissu cellulaire sous-cutané. Le lambeau flottant, mais retenu par son pédicule est alors suturé sur la perte de substance curettée et dont les bords ont été avivés. Puis les deux régions sont immobilisées dans leurs rapports nouveaux par de solides tours de bandes. Du quinzième au vingt et unième jour, on enlève le pansement, on coupe le pédicule, et la perte de substance se trouve comblée par de la peau totale, mobile sur les parties sous-jacentes et aussi bien nourrie que les téguments voisins.

Une observation recueillie il y a près de dix ans nous montre bien l'excellence de la métrode. Un variqueux entre à l'hôpital Broussais pour un ulcère de jambe; il avait été déjà traité à Lariboisière, par Paul Berger, d'un autre ulcère siégeant à l'autre jambe : la perte de substance avait été comblée par une greffe italienne et nous devons dire que ce premier ulcère, ainsi guéri par Berger, était beaucoup plus considérable que le second, celui qui amenait le malade chez moi. Je crus pouvoir me borner à la greffe de Thiersch. Je la pratique et, au bout de quinze jours, notre opéré quittait l'hôpital parfaitement guéri. Il reprend ses travaux. Mais un mois après il frappait de nouveau à notre porte et je constatais que, tandis que la greffe italienne était restée intacte, ma greffe de Thiersch avait disparu et à sa place s'étalait encore l'ancien ulcère *récidivé*.

Est ce à dire que désormais nous recourrons à la seule greffe italienne ? Evidemment non, et la greffe de Thiersch nous a donné de trop beaux résultats pour ne pas la conserver dans la thérapeutique. Mais l'une et l'autre des méthodes auront leurs indications : Lorsqu'il s'agit d'un ulcère petit, entouré de tissus bien nourris, il est vraiment inutile d'employer la greffe italienne, d'une technique beaucoup plus délicate pour le chirurgien et surtout pénible à supporter pour le malade. La greffe de Thiersch nous est alors une ressource vraiment suffisante. Mais, lorsque l'ulcère s'est creusé en tissus débiles, à nutrition insuffisante, surtout lorsque la perte de substances est considérable et siége en des points où un tégument solide est nécessaire, il faudra recourir, non à la méthode italienne seule, mais à la combinaison de la greffe italienne et de la greffe de Thiersch. C'est là une pratique que je défends déjà depuis quelques années devant mes collègues de la Société de chirurgie.

Les observations suivantes, mieux que toute description, vous feront comprendre les indications et la valeur de la méthode. La première a trait à un petit brûlé de onze ans. Les lésions étaient si étendues sur la paroi abdominale et la cuisse droite que la guérison m'avait semblé impossible. Cependant, grâce au dévouement avec lequel il fut soigné par un stagiaire du service, il survécut. La perte de substance se rétrécit, un peu par cicatrisation marginale, beaucoup par attraction de la peau voisine, et, au bout de quelques mois, un traitement chirurgical me parut possible. J'appelai en consultation mon maître et mon ami Berger qui fut d'avis de pratiquer la greffe italienne. Un lambeau très étendu fut emprunté par lui à la cuisse gauche et appliqué sur la cuisse droite au niveau du triangle de Scarpa. Au bout de vingt et un jours, le pédicule fut coupé et la greffe avait pris presque tout entière. Mais, malgré l'étalement et l'augmentation de surface de ce lambeau, étiré par les tissus inodulaires voisins, malgré le coup de fouet que donne toujours à l'épidermisation l'application d'une greffe, il restait encore une perte de substance que je comblais plus tard avec des greffes de Thiersch empruntées à la cuisse saine du malade et au bras de sa mère. Le résultat fut remarquable : la guérison est complète.

Voici une observation peut être plus belle encore. Une jeune fille de quinze ans me fut envoyée par mes collègues Mauriac et Maurange pour une brûlure du membre supérieur si étendue qu'on pensait la désarticulation de l'épaule nécessaire. La membrane granuleuse va de l'acromion au poignet; il y a cependant un étroit lambeau de peau saine au niveau du coude. Avec mon collègue Berger, nous appliquons sur la région antérieure du pli du coude un lambeau pris sur le ventre. Trois semaines plus tard, nouvelle greffe italienne : deux lambeaux sont pris sur le thorax et sont appliqués en bracelet sur le bras qu'ils recouvrent en avant et en arrière; on les suture entre eux à la partie externe. Toutes ces greffes réussirent, mais il restait de grands espaces ulcéreux sur lesquels, en six séances successives, je pratiquais des greffes de Thiersch. En moins de quatre mois, mon opérée était guérie avec un bras agile et recouvert d'une peau solide et bien nourrie.

Voici un autre cas : Au mois de novembre 1895, une femme de 44 ans se fit une brûlure circulaire de l'avant-bras et qui s'étendait du poignet jusqu'à 1 ou 2 centimètres au-dessous du pli du coude. Ici encore une partie de la perte de substance fut comblée par la cicatrisation et par la peau saine des parties environnantes attirées par la traction inodulaire de la membrane granuleuse. Mais il restait un vaste ulcère sur lequel je fis, le 22 mars, une première greffe italienne; un lambeau de sept centimètres de côté fut pris sur l'abdomen et suturé sur une partie de la perte de substance. Le pédicule en fut coupé le vingt et unième jour. Au bout de deux mois une nouvelle greffe italienne de même étendue que la première fut encore prise sur l'abdomen et appliquée sur l'ulcération ; mais, comme il restait encore une grande surface granuleuse, je les comblais, plus tard, avec cinq greffes enlevées au rasoir sur les cuisses droite et gauche et vous savez quel en fut l'excellent résultat.

Enfin voici une quatrième opérée, Elisabeth Lapalme, qui, le 21 septembre 1895, se fit une brûlure de l'avant-bras gauche et du dos de la main. Je pris, lorsque la plaie fut granuleuse, un lambeau de 21 centimètres de base à l'hypochondre gauche et je l'appliquais sur la

Digitized by Google

face postérieure de l'avant-bras. Il adhéra et, malgré son étendue, il n'y a pas eu trace de sphacèle. Mais il restait une ulcération considérable sur le dos de la main et sur la face antérieure de l'avant-bras; nous l'avons recouverte par des greffes de Thiersch. La cicatrisation est maintenant complète et nous n'avons à regretter que l'aspect lipomateux de la greffe italienne; notre lambeau abdominal était doublé d'une épaisse couche de graisse qui persiste encore mais en s'atténuant tous les jours.

Je pourrai vous citer plusieurs autres opérations personnelles; la plupart ont été publiées dans l'excellente thèse de mon élève, le Dr Gagnard, mais ces quatre cas suffisent pour vous montrer le parti qu'on peut tirer de l'emploi simultané de la greffe de Thiersch et de la greffe italienne. Dans les exemples que je vous signalai tout à l'heure, ni l'une ni l'autre méthode n'aurait suffi à elle seule. En effet, nous n'aurions pu, pour recouvrir ces vastes pertes de substance, trouver assez de peau dans les tissus voisins pour faire la greffe italienne qui d'ailleurs laisse, au point d'emprunt du lambeau, des cicatrices qu'il vaut mieux ne pas multiplier. D'autre part, la greffe de Thiersch, excellente pour cicatriser de petites pertes de substance, donne, lorsque celles-ci sont trop considérables, des cicatrices fragiles, sans résistance et facilement ulcérées. Lorsqu'on veut recouvrir une surface étendue, il faut créer des contreforts solides et c'est la greffe italienne qui les procure. Le lambeau italien épais, peau totale et bien irriguée, forment comme un massif de centres nutritifs sur lesquels s'appuient les greffes plus frêles de Thiersch.

Il me resterait maintenant à vous parler de la réparation des pertes de substance récentes: celles qui succèdent aux traumatismes et surtout aux plaies chirurgicales à la suite des ablations de tumeurs, et en particulier des lupus et des cancroïdes. Certes, on connaissait depuis des siècles les autoplasties par glissements; mais on ignore trop encore les ressources que nous donne la méthode de Thiersch. Et je pourrai à ce sujet vous citer plusieurs observations intéressantes.

Un médecin américain m'amenait un jour son père, vieillard octogénaire, atteint de cancroïdes au front. On craignait l'emploi du chloroforme sur un vieillard artério-scléreux et fort affaibli et l'on me demandait de recourir à la cocaïne. Ainsi fut fait, mais la tumeur, extirpée facilement et sans douleur laissa sur le front une perte de substance beaucoup plus large qu'une pièce de cinq francs. La cicatrisation aurait été très lente et le tissu inodulaire aurait amené des déviations de la fente palpébrale. J'eus alors l'idée de combler immédiatement la perte de substance avec une greffe de Thiersch prise sur la cuisse d'un infirmier. Le résultat fut excellent et au bout de 15 jours l'opéré repartait pour les Etats-Unis. Je pourrai vous citer deux autres observations semblables. Mais la première vous suffit pour vous montrer ce que peut, en pareil cas, la greffe dermo-épidermique.

J'ai fini, Messieurs, et je termine par où j'ai commencé en me félicitant des merveilleuses ressources que fournissent, à la chirurgie actuelle, les différentes sortes de greffe pour la réparation des pertes de substance ancienne ou récente, ulcéreuse ou traumatique. Seules et surtout combinées entre elles, elles rendent de plus en plus rares maintenant les cas où l'amputation est nécessaire.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Remarques sur le choix des diurétiques dans les hydropisies cardiaques

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

A la période asystolique des maladies du cœur, les reins subissent une lésion connue sous la dénomination de rein cardiaque. Ce qu'est, en somme, le rein cardiaque, le voici : au début de l'asystolie, il est caractérisé par la dilatation des capillaires et des veinules des substances corticale et médullaire des reins, avec effacement parfois complet des tubes collecteurs entièrement comprimés, mais — et j'insiste — sans altération bien notable des épithéliums de ces tubes; plus tard il se traduit sous le microscope de l'histologiste par des lésions d'endartérite disséminées ici et là, assez rares, isolées, sur les capillaires qui s'éparpillent dans le tissu conjonctif intertubulaire de la pyramide de Malpighi; l'endartérite se révèle dans la tunique externe des vaisseaux par la présence d'abord de tissu fibreux embryonnaire, puis de tissu fibreux plus dense, puis de tissu fibreux dur et très analogue à celui qu'on rencontre dans la néphrite interstitielle chronique. Il est bien entendu que ces lésions sclérreuses de la seconde période du rein cardiaque ne se produisent que par ilots, l'immense majorité des anses glomérulaires n'étant que congestionnée et œdématiée, pas sclérosée. Là où la sclérose est consommée, l'épithélium des tubuli contorti devient graisseux et tombe, tandis qu'ailleurs, quoique un peu compromis dans sa vitalité par la congestion qui l'entoure et l'œdème qui l'imbibe, il reste vivant malgré quelques modifications de ses bords libres ou de ses sommets et malgré la présence de granulations pigmentaires dans son protoplasma.

Ces considérations anatomo-histologiques, auxquelles je m'attarde à dessein, ont un côté pratique que je veux esquisser. C'est l'asystolie — grâce à l'abaissement général de la pression artérielle et à l'accroissement simultané et corrélatif de la pression veineuse — qui est longtemps seule responsable des hydropisies chez les cardiaques; mais un jour vient où — sans parler du foie qui ne se prend le plus souvent que le dernier — les reins fournissent aussi leur appoint pathogénique à ces hydropisies. On le comprend quand on a sous les yeux les lésions anatomiques énumérées plus haut. A l'hydropisie s'ajoute pour l'aggraver et l'entretenir cette modification du sang qu'on appelle l'hydrémie. A cette période-là — période

Digitized by Google

de stase sanguine pure et simple dans les reins comme ailleurs — la digitale, le cœur étant encore bon et capable d'obéir à son influence tonique, ouvre le rein fermé, provoque des débâcles urinaires considérables, et les œdèmes disparaissent comme par enchantement. Quand la digitale manque à cette mission de désinfiltration, il faut se garder d'en accuser tout de suite une lésion avancée des reins ; peut-être n'a-t-elle échoué que parce que les vaisseaux sont partout trop encombrés, trop distendus, ou qu'un œdème consistant, dur, non dépressible, exerce sur eux une compression intense, ou enfin que les séreuses (plèvre, péritoine) sont remplies de liquide hydropique ; et, de fait, après des mouchetures ou des ponctions levant l'obstacle contre lequel le cœur, renforcé par elle, venait se briser en efforts inutiles, la voit-on recouvrer l'efficacité qu'on lui connait et désinfiltrer le patient. Du reste, les reins, lors des premières attaques d'asystolie dans les cardiopathies valvulaires et dans la dilatation du cœur chez les emphysémateux, sont souvent bien à tort rendus responsables de l'échec de la digitale contre l'hydropisie. Imputez plutôt votre insuccès au cœur qu'aux reins, — au cœur que la digitale, par un mécanisme que je passe sous silence, impressionne d'une façon toute particulière pour produire la diurèse, et qui, tout naturellement, est impuissant à accomplir cette œuvre salutaire chez les cardio-hydropiques quand sa musculature a subi de graves atteintes. Les autres diurétiques artério-tenseurs : la scille si irritante pour les reins, l'adonis, la convallaria, ne donnent pas de meilleurs résultats.

Après tout, les épithéliums des tubes urinifères ne sont peut-être pas trop endommagés, et les phénomènes de filtration, d'osmose qui se passent à leur surface, peuvent encore avoir lieu. Pour cela, il importe de mettre en jeu les nerfs qui président à la sécrétion rénale comme on met en jeu, avec la pilocarpine, ceux qui président à la sécrétion sudorale. Or, nous possédons des médicaments qui — peut-être parce qu'ils excitent le plancher du quatrième ventricule (les urines qu'ils font sécréter ne sont-elles pas, comme celles des diabétiques azoturiques, riches en urée ?) — agissent dans ce sens chez les hydropiques ; ce sont : la caféine, la diurétine et la théobromine. Ils n'entraînent pas la polyurie que chez les hydropiques réfractaires à la digitale, ils l'entraînent aussi dans les cas où elle réussirait, mais par un mécanisme pharmacodynamique tout différent, celui, je pense, dont je viens de parler. Dans les cas où la digitale échoue, j'ai l'habitude, avant d'employer ces médicaments excitateurs nerveux de la sécrétion rénale, de faire une petite saignée générale de 200 grammes ou une saignée locale avec une dizaine de sangsues ou des ventouses scarifiées sur chacune des régions lombaires ; c'est une façon de dégorger les vaisseaux distendus des reins, de décomprimer les tubes urinifères et de faciliter, tout au moins, le libre cours des urines dont nous cherchons à stimuler la sécrétion.

La caféine manque rarement de produire cet effet chez les hydropiques, même cardio-rénaux, mais aux doses, seules diurétiques, de 1 gr. 50 à 3 grammes *pro die*, soit par cachets de 0 gr. 30 (un toutes les deux heures ou toutes les heures et demie), soit en solution avec égale quantité de benzoate de soude, soit préférablement en injections hypodermiques suivant les formules connues (0 gr. 40 par injection, — 6 à 8 dans la journée). A part chez les cardiaques hépatiques qui supportent mal la caféine, celle-ci peut être administrée très longtemps sans inconvénients puisque Silveira (de Rio-de-Janeiro) a pu en prescrire une dose quotidienne moyenne de 1 gr. 60 pendant plus de six mois. Avec ces doses la diurèse s'installe en progression croissante dès le deuxième jour, moins intense qu'avec la digitale, mais atteignant deux litres, deux litres et demi d'urine par jour.

On a dit beaucoup de bien et beaucoup de mal de la diurétine — salicylate double soluble de soude et de théobromine — qui ne donne pas, en effet, invariablement les mêmes résultats chez des hydropiques placés dans des conditions apparemment identiques. Faut-il en accuser les droguistes ou plutôt l'instabilité chimique du produit ? Quant à nous, après cinq doses journalières de 3 à 8 gr. de diurétine administrées aux adultes par gramme toutes les trois heures dans un verre d'eau, nous avons pu désinfiltrer des hydropiques chez lesquels la digitale s'était montrée impuissante. Dès le second soir on constate que le malade urine trois à quatre litres ; il atteint cinq litres le sixième jour. La théobromine remplace avec avantage la caféine et la diurétine ; stable, bien définie au point de vue chimique, elle déshydrate — aux doses de 3 à 8 gr. par jour, en cachets de 0 gr. 50 pendant six ou sept jours — des cardio-rénaux hydropiques que la caféine et la diurétine, après la digitale, n'avaient pu pousser aux urines ; la diurèse se chiffre dès le deuxième ou troisième jour par quatre à six litres. Elle a toutefois à son passif cette céphalée pulsatile qu'elle détermine environ une fois sur 10, — et aussi son prix élevé : on peut dire d'elle que, si elle désenfle le corps, elle n'enfle pas la bourse.

Il est exceptionnel que, dans la première et dans la seconde période du rein cardiaque, la proportion d'albumine excède 0 gr. 25 à 0 gr. 40 par litre d'urine. Même lorsqu'elle atteint 1 gramme (ce qui indique déjà des altérations épithéliales profondes et étendues), les diurétiques nervo-sécrétoires provoquent encore la polyurie. On sait qu'il n'en serait rien avec le strophantus qui n'agit bien que quand la cardiopathie asystolique n'est pas compliquée de lésions rénales ; ni avec le calomel (0 gr. 60 à 0 gr. 80 par jour pendant trois jours, en trois ou quatre paquets de 0 gr. 20) qui, tout récemment, dans un cas exceptionnellement désespéré où je l'ai vu cependant diminuer sensiblement l'ascite, a eu pour plus clair résultat celui de déchausser les dents de ma cliente.

La lactose nous paraît exercer chez les hydropiques cardiaques son action diurétique d'une toute autre façon,

Digitized by Google

en favorisant — grâce à l'intégrité au moins relative de l'épithélium des tubuli — l'osmose de l'eau du sang à travers le glomérule, et en facilitant, à la suite de ce dégorgement, la résorption des sérosités épanchées. Grâce, ai-je dit, à l'intégrité de l'épithélium des tubuli! C'est tellement vrai que quand l'albumine atteint dans les urines des cardiaques 0 gr. 60 à 1 gramme par litre — ce qui est déjà un signe de lésions avancées du rein au cas particulier du rein cardiaque — ses effets diurétiques ne se manifestent plus. Mais, tant que l'albumine ne s'y trouve que dans les proportions ordinaires (0 gr. 25, 0 gr. 30, 0 gr. 40 par litre), qui indiquent la stase veineuse pure et simple sans dégénération rénale bien accentuée, la lactose (100 grammes par jour dans deux litres d'eau simple ou légèrement bicarbonatée, pendant six à dix jours) amène une détente polyurique se chiffrant dès le troisième jour par trois, quatre litres d'urine, et se maintenant les jours suivants à deux litres et demi.

Lorsque, par les progrès de l'endartérite rénale et de la dégénérescence des épithéliums des tubuli, la proportion d'albumine monte à 1 gr. 50, 2 grammes par litre, il ne faut plus, chez les hydropiques cardio-rénaux, rien attendre ni des diurétiques nervo-sécrétoires ni des diurétiques osmotiques : l'hydropisie est irrémédiable. A ce moment-là, du reste, le cœur est en absolue dégénérescence, le foie est pris autant que les reins ; la partie est définitivement perdue.

# CLINIQUE MÉDICALE

## Appendicite par perforation. — Infection coli-bacillaire simulant l'ictère grave.

Par le Dr Breton, *ancien interne des hôpitaux de Paris* et Plater, *interne du service* (Hôpital de Dijon).

L'observation que nous publions nous paraît intéressante, non seulement parce qu'il s'agit d'une question d'actualité, mais aussi et surtout parce que les symptômes hépatiques consécutifs à une appendicite perforante ont pu absorber toute l'attention et la détourner au détriment de l'appendice primitivement malade, cause de tous les accidents. Cette observation est à lire, — quoiqu'on ne lise plus guère les observations, — car elle porte avec elle un double enseignement : clinique et thérapeutique.

Irma D....., 23 ans, fille de ferme, est entrée le 30 avril 1897 salle Elisabeth Chauvelot, n° 33. Comme antécédents morbides, cette femme avait, en 1896, contracté la syphilis par un chancre extragénital, situé à la face externe du tiers supérieur de la cuisse gauche. Les accidents spécifiques furent : la roséole, les plaques muqueuses, la chute des cheveux. La malade fut soignée à cette époque dans ce même service. A son entrée, voici quel était l'état de cette fille :

Elle se plaint de perte d'appétit et des forces depuis huit jours et, depuis deux jours, de douleurs abdominales et de fièvre. La langue est sèche et très suburrale, la peau du corps est très chaude, couverte de sueurs ; céphalée très vive ; insomnie absolue. A l'examen, le ventre est partout météorisé ; une douleur spontanée, mais non violente, siège dans le flanc droit, la pression l'exaspère, en même temps qu'elle provoque un gargouillement très accentué ; mais il n'y a ni matité à la percussion, ni induration, ni empâtement au palper ou au toucher. Le flanc droit est ballonné comme le reste du ventre. T. R. = 39°,4 ; aucune tache rosée lenticulaire. Rien à signaler à l'auscultation du cœur et des poumons, sinon quelques râles de congestion légère aux deux bases. La malade est ordinairement constipée depuis longtemps ; depuis trois jours au moins, elle n'a pas eu de selles.

Le *diagnostic* hésite entre l'embarras gastrique fébrile et une poussée d'appendicite. L'absence de taches, la langue suburrale font mettre de côté la dothiénentérie.

*Traitement* : Régime lacté ; petites doses d'huile de ricin pour provoquer les évacuations ; cataplasmes en permanence sur le flanc droit.

*4 mai.* — Rien de particulier à noter jusqu'ici. Les selles sont de couleur jaune, fétides, sans rien n'anormal. La malade n'a aucun trouble intellectuel ; elle se plaint sans cesse du ventre et localise la douleur dans la fosse iliaque droite. T.R. oscillant entre 40°,6 et 40°. Mais, depuis vingt-quatre heures, est apparue une teinte subictérique généralisée à toute la peau et aux conjonctives. Les urines se forment en couleur et contiennent à peu près un gramme d'albumine. Le ventre reste météorisé et sensible à la pression.

*5 mai.* — La température monte à 40°,9, l'ictère s'accuse de plus en plus. En présence de cet état, caractérisé par l'élévation de la température, par l'ictère, la sensibilité de la région hépatique au palper, la tuméfaction de la glande, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes, la splénomégalie, on a des raisons pour redouter un ictère grave. Les bains froids sont institués régulièrement toutes les trois heures. On les donne à 37° et on les refroidit à 27°. Malgré la balnéation, la température oscille sans cesse entre 40 et 41° sans offrir de rémissions. La malade, en dépit de cet état, ne semble point abattue, ni taches rosées, ni hémorragies.

*7 mai.* — L'ictère s'est accentué encore ; la température oscille entre 39°,8 et 40°,7. Les bains ne donnent aucun abaissement thermique. A ce moment, la sensibilité du flanc droit devient plus accusée, la pression de la région hépatique est douloureuse ; les urines sont de couleur brune acajou foncé et très bilieuses, peu abondantes. Les selles, obtenues par les petites doses d'huile de ricin, sont totalement décolorées. Subdélire nocturne. Souffle systolique léger de la pointe du cœur.

*8 mai.* — Même état et, en outre, crachats sanguinolents coïncidant avec des râles disséminés de congestion pulmonaire bilatérale. Pour parer à une hémorragie et pour soutenir le cœur, on donne de la caféine et de l'ergotine.

*10 mai.* = T.R. 40°,8 s. 41°. Congestion pulmonaire des deux bases ; quelques crachats encore teintés de sang. Le lendemain, la température est, le matin, de 40°,6 et, le soir, de 39°. C'est le premier abaissement thermique depuis le début de la maladie. Au sortir d'un bain, apparition d'un frisson violent, qui se reproduit dans la même journée et dure vingt minutes.

*12 mai.* — Le foie est moins sensible au palper. Il déborde les fausses côtes de 2 à 3 travers de doigts. La congestion pulmonaire a augmenté de hauteur. Il n'y a plus de crachats sanguinolents. Bruit de galop au cœur. Urine rare, très foncée en couleur, renfermant 1 gr. 50 d'albumine. Apparition d'une eschare sacrée médiane. Température : 39°2. La malade est très affaiblie, le

Digitized by Google

pouls est petit; le ventre est ballonné et sensible partout à la pression. Une injection de 100 centimètres cubes de sérum artificiel est faite sous la peau d'un flanc. La température du soir remonte à 41°6. — Dans la journée suivante l'état général devient mauvais, la malade s'affaiblit, le visage s'émacie, les yeux s'excavent. Délire nocturne. Nouvelle injection de sérum artificiel de 150 centimètres cubes. La température à 40°5 le matin, et 40° le soir.

*14 mai.* — La peau du corps, surtout celle du tronc et de l'abdomen, se couvrent de marbrures violettes. Epistaxis peu abondante. L'ouïe devient subitement d'une telle dureté que la malade n'entend qu'avec la plus grande difficulté. Elle est très absorbée et parle avec peine. La température tombe de 40°5 à 38°6 le soir.

*16 mai.* — Délire nocturne qui augmente d'intensité. Epistaxis légère dans la journée. Jusqu'ici, les selles régulières étaient complètement décolorées, mais elles prennent une teinte jaune rougeâtre sans rien d'anormal. Les urines restent ce que nous les avons décrites. Le foie a diminué de volume et ne se sent plus sous le rebord des fausses côtes. T. R. = 41°6 matin et 37° soir. — Le lendemain, sur les instances de la malade, les bains sont supprimés. Elle ne s'y trouve plus bien et ressent trop de fatigue après chacun d'eux. Elle en a pris 52. L'état général est encore plus mauvais. La malade se cachectise, la langue est sèche, le pouls petit, le ventre météorisé et partout sensible sans localisation douloureuse spéciale. L'espace sacrée est très douloureuse et a augmenté. Vu le délire nocturne qui trouble le sommeil des autres malades, on est obligé de passer la malade dans une chambre d'isolement, La température se maintient entre 37 et 38°.

*18 mai.* — Chute de la température à 36°. La faiblesse est extrême. La langue est sèche; les lèvres portent à leur commissure des ulcérations noirâtres. Température : 38°8 le soir. Le lendemain, l'affaiblissement va progressant et la malade meurt avec une température rectale de 38°2, à minuit.

**Autopsie.** — Le cadavre est très amaigri, d'une couleur jaune intense, couvert de taches ecchymotiques. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule du petit bassin de 2 à 300 grammes de liquide séreux d'une belle couleur jaune.

Le *foie* ne paraît point volumineux : cherchant à pénétrer dans l'hiatus de Winslow, on a une certaine difficulté à trouver l'orifice. Ceci tient à ce que l'épiploon gastro-hépatique est rempli de masses ganglionnaires volumineuses. Ce sont ces ganglions qui ont provoqué l'ictère par compression des voies biliaires. En effet, le cholédoque est englobé au milieu de ces masses, d'où la dissection minutieuse le dégage péniblement. Au niveau du col de la vésicule est un autre ganglion qui le comprime. Le hile hépatique est enserré par ces masses ganglionnaires, dont l'une d'elles se prolonge jusqu'à l'entrée dans le parenchyme des divers organes du hile. — Péri-hépatite diaphragmatique. En dégageant le foie, on rencontre dans la base du mesocôlon transverse une série de ganglions suppurés. Le foie pèse 1,900 grammes. Sa surface est tapissée de petits points blancs dont la coupe donne issue à du pus, ce sont des abcès miliaires. — La vésicule biliaire est petite, renferme une petite cuillerée à café de bile rouge brique. L'examen minutieux des voies biliaires révèle leur intégrité. A la coupe, le foie est farci d'abcès dont les plus volumineux sont du volume d'un œuf de pigeon.

La *rate* pèse 440 grammes, très friable et très congestionnée. Périsplénite diaphragmatique.

Les *reins*, sur une coupe, ont leur substance corticale en dégénérescence graisseuse. Poids du rein droit : 150 grammes.

Dans la *fosse iliaque droite*, on tombe sur un foyer purulent. Ce foyer est situé en arrière et surtout en dedans du cœcum, immédiatement derrière la dernière anse de l'intestin grêle. Il renferme 50 grammes de pus environ au milieu duquel nage l'appendice nécrosé, détruit en grande partie. Au niveau de sa rupture est un calcul stercoral du volume d'un petit haricot.

Rien à noter aux autres organes.

*Réflexions.* Le pus des abcès ganglionnaires, des abcès hépatiques, du foyer appendiculaire, la bile, un ganglion très tuméfié, ont été recueillis avec les précautions voulues pour l'examen bactériologique. Il a été fait par notre ami le Dr Dubard, professeur suppléant à l'Ecole de médecine. Le coli-bacille était très abondant et *existait seul* au milieu des autres micro-organismes dus à la putréfaction cadavérique.

Notre malade est donc morte d'une coli-bacillose dont le point d'origine était une appendicite perforée et suppurée et la voie sanguine fut vraisemblablement la voie de propagation. Les symptômes d'ictère n'étaient dus qu'à la compression ganglionnaire, toutes les voies biliaires étant saines.

A l'entrée de cette femme dans notre salle, le diagnostic pouvait il être fait ?

La malade n'accusait depuis *huit jours* que de la perte des forces, diminution de l'appétit et impossibilité de continuer son travail. Ni douleur vive à relever dans les antécédents, dont le siège eût été la fosse iliaque droite, ni point de Mac Burney, ni empâtement, ni intensité, ni brusquerie de phénomènes bruyants. Rien autre chose à mentionner que de la fatigue et de l'anéantissement général. La température rectale entre 39° et 39°,4, le gargouillement et le météorisme de la fosse iliaque droite permettaient de penser à un état typhique à son début, ou à un embarras gastrique. Et cependant il s'agissait de l'appendicite latente de Talamon.

La douleur spontanée et réveillée par la pression de la région cœcale, sans acuité cependant, sans empâtement, font néanmoins soupçonner l'appendicite, mais ce diagnostic se trouve rapidement absorbé par les symptômes d'un ictère qui paraît grave et qui domine la scène jusqu'à la mort. La cause de cette appendicite semble être la constipation, ayant engendré le calcul stercoral trouvé au milieu du foyer de suppuration.

Nous pensons que, si cette femme s'était fait soigner plus tôt, il eût été facile d'établir nettement le diagnostic de sa maladie, car une seule chose eût attiré l'attention ; les phénomènes locaux du flanc droit qui durent exister seuls primitivement et passer inaperçus, vu leur latence. Mais le diagnostic établi de suite, lors de l'entrée à l'hôpital, l'opération eût-elle pu sauver la malade ? D'abord, en raison de la situation du foyer suppurant, l'intervention aurait présenté de grandes difficultés, car, à l'ouverture du cadavre, rien ne faisait soupçonner les lésions existant à la face postéro-interne du cœcum. En outre,

Digitized by Google

on est en droit de se demander si l'infection ganglionnaire et surtout hépatique auraient pu rétrocéder, car nous étions au 9e ou au 10e jour de la maladie, lors de notre premier examen?

Quoi qu'il en soit, la leçon à tirer est : la difficulté de reconnaître ces cas d'appendicite latente, et qu'elle devrait toujours se présenter à l'esprit quand il s'agit d'un malade ordinairement constipé et présentant des phénomènes même peu accusés dans la fosse iliaque droite.

## Formulaire du Praticien

### Traitement de l'herpès

L'herpès vulgaire ne réclame, le plus souvent, aucun traitement, quelques lotions émollientes, une application de corps gras, de poudre inerte et même rien, et l'herpès guérit. Moins on y touche, mieux il va. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi ; dans quelques cas, la réaction inflammatoire locale est excessive, et il faut une thérapeutique active. D'après notre distingué collaborateur, M. du Castel (*Traité thér. appliquée*) on obtient de bons résultats de l'application du *liniment oléo-calcaire*. Leloir pensait qu'il est possible d'arrêter l'évolution herpétique en appliquant sur la surface malade, dès que la rougeur éruptive se montre, un tampon de coton hydrophile imbibé de solution alcoolique de résorcine au 1/50 ou de thymol à 1 0/0, de menthol à 3 0/0, d'acide phénique à 1 pour 400, de tanin à pour 50, ou de :

| | |
|---|---|
| Résorcine | 3 grammes |
| Cocaïne | 1 ou 2 gr. |
| Alcool à 90° | 100 grammes |

En renouvelant plusieurs fois les tampons recouverts d'un protective pour empêcher l'évaporation, M. du Castel emploie le collodion élastique riciné qui modère le développement des vésicules, l'arrête quelquefois, en tout cas les protège contre les irritations extérieures, ou prévient l'ulcération, l'inflammation secondaire intense. Lorsque la cicatrisation est lente à se produire, les attouchements avec le crayon de nitrate d'argent en précipitent l'évolution.

L'herpès buccal se trouvera bien de l'emploi répété de gargarismes ou d'injections composées de liquides émollients ou légèrement astringents, décoction de racine de guimauve, eau chloralée à 1 0/0, et de cautérisations légères au nitrate d'argent.

Contre l'herpès vulvaire confluent, on prescrira des bains d'amidon, des lotions émollientes plusieurs fois répétées avec de la décoction de racine de guimauve, de l'infusion de camomille auxquelles on pourra adjoindre une à deux têtes de pavot par litre. On saupoudre ensuite avec une poudre inerte ou légèrement astringente. A certains malades, le contact de la poudre est insupportable, il faut alors appliquer des cataplasmes de fécule froide, ou des onctions avec la vaseline simple, le cold cream.

Quand l'éréthisme nerveux est très accusé, il y a lieu de recourir aux lavements laudanisés, et aux médicaments sédatifs à l'intérieur.

L'herpès des organes génitaux de l'homme sera traité par les lotions antiseptiques faibles, eau boriquée, coaltar saponiné, ou astringentes (eau blanche), décoction de roses de Provins, ou de feuilles de noyer, qu'on fera suivre de l'application de poudres inertes ou astringentes. Si la lésion occupe le sillon balano-préputial, il sera bon d'interposer entre le prépuce et le gland un tampon de coton hydrophile. Dans l'intervalle des poussées éruptives, on a recommandé les lotions astringentes (eau blanche, solution de sulfate de cuivre ou de zinc, de nitrate d'argent, etc.), l'usage de poudres astringentes, les bains répétés. Il ne faut pas se faire d'illusion sur la valeur de ces différents traitements ; l'herpès génital résiste à tous.

Il est bien difficile de prévenir le retour des herpès récidivants. Les injections d'éther iodoformé à 5 0/0, préconisées par Verneuil, pourraient, en certains cas d'herpes menstruel, prévenir les rechutes, mais il n'y a là rien de certain. Il faut rechercher dans le tempérament s'il n'existe pas une dyscrasie quelconque prédisposant à la reproduction des poussées, et alors instituer un traitement général *ad hoc*. Doyon a rapporté un assez grand nombre de faits de guérisons obtenues à la suite d'une ou plusieurs saisons à des stations thermales comme Luchon, Uriage, Saint-Gervais. — M. D.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Traitement de la blennorrhagie.** — M. Duquaire eut l'idée dans le traitement de la blennorrhagie de mettre à profit la propriété que possède le salicylate de méthyle de traverser avec la plus grande facilité les membranes de revêtement ; aussi, injecté dans le canal après dilution convenable, il pourrait atteindre le gonocoque même enfoui dans les couches les plus profondes de la muqueuse. M. Duquaine fait par jour trois injections du mélange suivant modifiable, du reste.

| | |
|---|---|
| Vaseline liquide | 100 grammes |
| Sous-nitrate de bismuth | 20 — |
| Salicylate de méthyle | 1 — |

Uriner avant chaque injection, et conserver l'injection le plus longtemps possible dans le canal. Les injections indolores tarissent vite l'écoulement. Dans l'observation qu'il rapporte à la Société des sciences médicales de Lyon, M. Duquaire a obtenu la guérison en cinq jours, mais il ne tire pas pour cela de conclusions générales de ce fait unique. — M. D.

**Contre le psoriasis.** — M. Danlos a eu des succès contre des psoriasis invétérés par l'acide cacodylique.

Il donne de deux à six cuillerées à café, selon la tolérance du malade, de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Acide cacodylique neutralisé | 2,50 centigr. |
| Rhum | 20 grammes |
| Sirop de sucre | 20 — |
| Eau distillée | 60 — |
| Essence de menthe | II gouttes |

Une cuillerée à café représente 12 centigrammes 1/2.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement médical des pyélites.** — M. A. Robin a bien raison de dire que la médecine doit réclamer les pyélites comme appartenant, pendant un certain temps, à son domaine thérapeutique (*Bull. de thérap.*, 1897). Nous allons exposer avec lui cette médication.

Il est évident que, tout d'abord, le *traitement étiologique* s'impose, et que si les antécédents démontrent l'existence de la lithiase, de la cystite, de la blennorrhagie, etc., ces maladies doivent recevoir une médication appropriée.

1° Hygiène générale. Eviter toutes les causes de congestion rénale, et parconséquent veiller au bon fonctionnement de la peau, éviter les refroidissements, faire porter des vêtements chauds, de la flanelle; maintenir les malades longtemps au lit, supprimer les sorties du soir, par les temps humides et froids, etc. Deux fois par jour, frictions sur le corps avec ce liniment légèrement excitant :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de quinquina... | ãã | 100 grammes |
| Baume de Fioravanti..... | | |
| Alcool camphré..... | | |
| Teinture de noix vomique..... | | 25 — |
| Menthol..... | | 2 — |
| Essence de girofle..... | | 1 — |

2° Régime alimentaire. Laitage, et même régime lacté absolu. Quand les malades ne peuvent plus le supporter, on leur conseillera des potages avec des farines diverses et du lait, des crèmes, des œufs frais. Plus tard, alimentation composée d'aliments le moins susceptibles de provoquer la formation de ptomaïnes et de corps extractifs irritants pour le rein : poisson frais, poulet, veau, purées de légumes, fruits cuits, œufs. S'abstenir de gibier, de viandes noires, de mets épicés, de fromages faits, de conserves alimentaires, de boissons alcooliques. Eau minérale faible aux repas.

3° Traitement médicamenteux. La médication balsamique est la plus importante. L'*acide benzoïque* et le *benzoate de soude* fixant une partie de l'azote désintégré, se transforment en acide hippurique dont les sels sont très solubles (Robin), et ils empêchent ainsi la formation de cristaux d'acide urique. De plus, ces agents médicamenteux retardent la fermentation ammoniacale. L'acide benzoïque en nature est un irritant pour l'estomac, et il faut lui préférer le benzoate de soude à la dose de un à quatre grammes. Voici une formule :

| | |
|---|---|
| Eau de tilleul..... | 120 grammes |
| Benzoate de soude..... | 1 à 4 — |
| Sirop de framboises..... | 30 — |

Comme adjuvants, on peut donner d'autres balsamiques (*tolu, terpine, eucalyptol*). Quand il y a des phénomènes douloureux et aigus, Robin emploie ces pilules :

| | | |
|---|---|---|
| Térébenthine de Venise.. | ãã | 6 grammes |
| Camphre pulvérisé..... | | |
| Extrait thébaïque..... | | 0,25 centigr. |
| Ext. alc. de racines d'aconit... | | 0,20 — |

Pour 60 pilules. Trois pilules par jour.

Ces pilules et les balsamiques doivent être administrés concurremment avec le benzoate de soude. On peut encore y joindre les infusions de *bourgeons de sapin*, de *buchu*, de *busserole*.

Quand on a employé les balsamiques pendant un certain temps, on a recours à l'*huile de Haarlem*, antique préparation à base d'huile de cade et de baie de laurier. Mais comme elle est irritante, Robin en fait des émulsions d'après cette formule :

| | |
|---|---|
| Sirop de gomme..... | 100 grammes |
| Sirop de baume du Canada.... | 100 — |
| Huile de Haarlem fluide..... | L gouttes |

Agiter soigneusement avant l'usage, et administrer dans une tasse d'infusion balsamique sucrée avec une cuillerée de ce sirop qui contient cinq gouttes d'huile de Haarlem.

Mais on est souvent obligé de recourir à la *médication balsamique externe* par une cure à l'établissement du Martouret (Drôme) où le Dr Benoit a organisé un système important de bains de vapeur à l'essence de pin Mugho. Robin affirme qu'il en a obtenu des résultats excellents, et pour notre part, nous ne saurions trop recommander cette médication dans le traitement des rhumatismes chroniques, des névralgies et de la lithiase urinaire. A défaut d'une cure dans les établissements spéciaux, on pourrait faire pratiquer sur place des bains de vapeur aromatisés par l'essence de térébenthine, quoiqu'ils soient moins actifs.

4° Médications révulsive, astringente. Naturellement, pas de vésicatoires, mais pointes de feu sur le côté malade Quand la médication balsamique est épuisée, on peut avoir recours à la médication astringente (*ratanhia, cachou, tanin, acide gallique* associés à l'opium). Le salol et l'acide salicylique n'ont fourni que des aggravations.

5° Médication hydrologique. Les eaux fortement alcalines sont contre-indiquées parce qu'elles favorisent l'alcalinisation de l'urine, d'où gravelle phosphatique s'ajoutant aux gravelles urique ou oxalique. Les eaux que l'on doit recommander sont celles d'*Evian*, puis de *Vittel* et de *Contrexeville*, à la condition qu'il n'y ait ni hématuries, ni albuminurie concomitante ; parfois celles de *Capvern*, de *Molitz*, *Saint-Sauveur*, etc.; enfin celles de *Forges* et *Pougues* chez les vieux pyélitiques.

6° Traitement des complications. Contre les hématuries, associer l'ergotine à l'astringent, d'après cette formule :

Digitized by Google

| | |
|---|---|
| Ergotine Bonjean..... | 4 grammes |
| Acide gallique..... | 0,50 centigr. |
| Strop de térébenthine..... | 30 grammes |
| Eau de tilleul..... | 120 — |

Une cuillerée à potage toutes les heures.

Contre les poussées aiguës avec fièvre, supprimer les médications balsamiques et astringentes, instituer le *régime lacté absolu*, prescrire la *quinine*, et calmer les coliques avec des suppositoires ou par des frictions avec ce liniment :

| | |
|---|---|
| Baume tranquille..... | 40 grammes |
| Extrait thébaïque..... } Extrait de belladone..... } aa | 2 — |
| Extrait de jusquiame..... } | |
| Chloroforme ..... | 15 — |

A la suite de ces poussées aiguës, on voit survenir assez souvent une pyélo-cystite contre laquelle on pratiquera des lavages vésicaux avec une solution à 1/200 de *silicate de soude* (excellent topique de la vessie). Si cette médication échoue, les moyens médicaux doivent faire place à l'intervention chirurgicale. — H. H.

---

**Traitement de la prostatite chronique.** — La thérapeutique des malades atteints de prostatite chronique doit s'adresser 1° à l'état général, 2° à l'état local.

*Au point de vue général*, presque tous les malades de ce genre sont des constipés ; le premier soin du médecin traitant sera d'amener une régularisation des selles par l'administration de purgatifs salins ou d'huile de ricin. Il est à remarquer pourtant que les purgatifs précédents sont bien moins tolérés par les malades et moins efficaces également que les grands lavages rectaux faits d'une manière méthodique. On les pratiquera *le matin*, en introduisant dans le rectum une canule en gomme longue de 15 centimètres environ et de calibre assez large, préalablement bouillie et enduite de vaseline boriquée ; on versera doucement — c'est-à-dire qu'on évitera la pression — dans l'ouverture libre de la canule un demi-litre environ d'eau de guimauve à 37° ou 38°. — Picard recommande également (*Malad. de la prostate*) de donner le soir, au moment du coucher, un second lavement, mais composé d'une très petite quantité d'eau de guimauve, deux verres à vin de Bordeaux, chaude à 35 degrés et très épaisse. Ce lavement, qui doit se pratiquer avec une petite seringue ordinaire ou une canule courte, est destiné à rester dans l'ampoule rectale, servant d'émollient à la prostate.

Pour donner un dérivatif à la circulation exagérée du bassin, on aura recours à tout ce qui pourra exciter la circulation périphérique, frictions au gant de crin, à la flanelle, massage, etc., en procédant d'abord avec une certaine douceur, pour ne pas exagérer les douleurs du malade, qui sont généralement très vives, puis en faisant des pressions de plus en plus fortes. On a conseillé également, lorsque les phénomènes congestifs sont très accusés, des ventouses sèches à l'hypogastre et des sangsues au périnée.

Quant à la douleur locale, on la calmera à l'aide d'injections de chlorhydrate de morphine, au niveau du pubis ou à l'aide de suppositoires morphinés et belladonés ; on luttera enfin contre l'insomnie à l'aide d'une potion au chloral et au bromure ; le laudanum ajouté au lavement de guimauve donne également de bons effets sédatifs.

Il reste le traitement le plus important, celui de l'*état local*. De deux choses, l'une : ou bien il existe des gonocoques dans les filaments en suspension dans l'urine, ou bien, malgré des examens réitérés, on n'a pas découvert de microbes spécifiques. Dans le premier cas, on aura recours aux grands lavages de l'urètre, selon la méthode de Janet, à l'aide d'une solution aqueuse très faible de permanganate de potasse, à 1/4000 par exemple, titre qu'il ne faut guère dépasser.

Dans le second cas, la méthode de choix paraît être les instillations au nitrate d'argent : on les fera avec des solutions variables au 1/100, au 1/50 et même au 1/15, s'il existe des filaments, en déposant, à l'aide de l'instrumentation spéciale aux instillations, autant de gouttes de la solution qu'on le jugera nécessaire.

Un traitement général sera un excellent adjuvant et une alimentation tonique, le séjour à la campagne, la marche, les exercices physiques, auront généralement raison d'une affection tenace et lente à disparaître. — L. Flœrsheim.

---

**Encore l'abus de l'acide phénique.** — Nous avons, dans un des derniers numéros de ce journal (n° 22), insisté sur l'abus véritable que l'on fait des pansements à l'acide phénique, et signalé les graves accidents de gangrène qui en peuvent résulter, lorsqu'on se trouve en présence de plaies des doigts ou des orteils. C'est une question sur laquelle on ne saurait trop revenir ; elle nous semble être d'une réelle importance en thérapeutique chirurgicale, et chaque jour, des faits nouveaux s'accumulent, démontrant à plaisir les accidents survenus à la suite de l'emploi inconsidéré de cet antiseptique.

C'est ainsi que notre maître, M. Huchard, nous relate le fait suivant dont il fut le témoin. Il fut appelé en consultation, il y a quelques années, auprès d'un cardiopathe artériel, en état d'asystolie, présentant un œdème considérable des membres inférieurs. Ces derniers étaient couverts de petites plaies fissuraires, de phlyctènes noirâtres, entourées d'une zone assez étendue de sphacèle. Le médecin traitant appliquait tous les jours des pansements phéniqués qui, naturellement, accentuaient la lésion au lieu de la détruire ; en sorte que cette gangrène, heureusement superficielle, était attribuée à l'affection cardiaque, et non à la médication. Un changement de

Digitized by Google

thérapeutique eut rapidement raison de ces accidents cutanés.

On peut rapprocher ce fait de celui que rapportait à la dernière séance de la *Société de dermatologie*, M. Ducastel. Ce dernier présentait une malade qui, souffrant de varices enflammées, s'est appliqué, sur les conseils d'un médecin, des compresses imbibées d'une solution phéniquée. Elle suivait fidèlement ce traitement depuis trois ans; dès le début des applications, il survint sur la peau une irritation légère qui, bientôt, s'accentua, et donna naissance à une petite plaie, qui ne fit que s'accroître, pour envahir enfin toute la jambe et produire une vaste ulcération. Le pansement à l'aide de compresses amidonnées boriquées amena la reproduction de l'épiderme et le commencement de la cicatrisation qui est en train de se produire.

Nous avons pu voir, à l'hôpital Saint-Louis, de nombreux cas du même genre.

Enfin, un fait d'un autre ordre, analogue à celui que nous signalions dans notre précédent article, nous est adressé par M. le Dr Boullé, dont voici la très intéressante observation :

« En janvier dernier, dit-il, arrive chez moi, un matin, une jeune couturière toute en larmes : « Mon doigt est mort », me dit elle. — En effet, les 2/3 du petit doigt de la main droite étaient complètement insensibles, d'un bleu noir et très enflés. — Renseignements pris, elle avait *l'habitude*, tous les soirs en se couchant, de s'enduire les mains de glycérine pure, puis de mettre une paire de gants par dessus. Or, la veille, pendant qu'elle se frictionnait avec la glycérine, elle avait bien remarqué que le doigt d'un de ses gants trempait dans quelques gouttes de solution phéniquée renversée sur sa table, mais elle n'y avait pas attaché autrement d'importance. Le lendemain matin. après une nuit très agitée qu'elle ne s'expliquait pas d'ailleurs, elle avait le doigt dans l'état que je viens de dire. La cicatrisation et la réparation des tissus a été fort longue à se faire; et aujourd'hui l'extrémité de son petit doigt a la forme d'un bec de clarinette. »

Et M. Boullé conclut : « l'acide phénique est un antiseptique très dangereux; on en abuse; nous devons en combattre les applications et nous abstenir d'en ordonner, surtout lorsqu'il s'agit de plaies des extrémités »; ce qui est absolument notre avis. — L. Flœrsheim.

## CHIRURGIE MILITAIRE

**L'héméralopie.** — Ce n'est qu'à titre de maladie épidémique des armées qu'il sera question ici de cette affection dont nous empruntons la description à M. Coustan. Sans refaire l'historique des épidémies d'héméralopie, il faut d'abord remarquer que cette affection, fréquente autrefois, dans la marine comme dans l'armée, est devenue très rare; toutefois, dans une période de 5 ans, de 1890 à 1894, M. Coustan en a relevé 110 cas. Cette maladie, dit-il, va s'éteignant dans l'armée, à mesure que le bien-être des hommes s'y affirme, ce qui pourrait nous mettre sur la voie de l'étiologie. Des causes multiples furent invoquées à toute époque.

A. Laveran, se basant sur les nombreuses observations de contemporanéité du scorbut et de l'héméralopie (L. Laveran, Baizeau, Piriou, etc.), pense que, sous l'influence d'une alimentation vicieuse ou insuffisante, certains éléments faisant défaut à la réparation de nos tissus, le scorbut et l'héméralopie peuvent se développer; mais, dans ces deux maladies, les éléments qui font défaut ne sont pas les mêmes. Tandis que les végétaux frais sont nécessaires au scorbutique, il faut à l'héméralope des matières grasses et une alimentation animalisée. Donc *vice d'alimentation*.

Marvaud estime que cette affection est une résultante de causes générales, parmi lesquelles figure en première ligne la débilitation de l'organisme, et de causes directes, en tête desquelles il faut mentionner l'influence produite sur l'impressionnabilité de la rétine par certains agents irritants (lumière trop vive.)

Les médecins de la marine, l'ayant observée dans les pays chauds, incriminent souvent cette cause comme étant la plus importante : action de la lumière intense du soleil, directe ou réfléchie, mais surtout de la lumière diffuse. Les statistiques de la marine montreraient que, toutes choses égales d'ailleurs, l'héméralopie est plus rare à bord des bâtiments à batteries couvertes qu'à bord de ceux qui en sont privés; que le nombre des héméralopes augmente avec la durée du séjour dans les pays chauds. Enfin, les marins seraient d'autant plus exposés à contracter l'héméralopie que leur spécialité les met plus souvent en présence d'une lumière solaire intense. C'est ainsi qu'en rade, les matelots calfats sont particulièrement atteints.

L'héméralopie épidémique ne s'observe guère que sur les troupes militaires et maritimes, et quelquefois les couvents, pénitenciers et prisons. Il est à remarquer que dans l'armée, comme dans la marine, les officiers et même les sous-officiers sont épargnés, ce qui constitue un argument favorable à la thèse qui invoque, parmi les causes de l'héméralopie, la débilitation de l'organisme (alimentation, fatigues, etc.)

L'action d'une lumière trop vive considérée comme cause de l'héméralopie, surtout dans les régions tropicales, expliquerait pourquoi on l'a constatée sur les troupes, en Russie (réverbération de la lumière solaire sur la neige), en Suède, en Norwège, à Aden (sables, murs blanchis à la chaux.)

Marvaud fait aussi remarquer que les observations relevées dans notre armée pendant ces dernières années sont contraires à la thèse précédente, car elles indiquent la prédominance de l'héméralopie au printemps et sa coïncidence avec les temps humides et pluvieux. avec un ciel couvert. Cependant, en recherchant sur quels mois se

Digitized by Google

sont répartis 77 cas d'héméralopie observés pendant quatre années, de 1891 à 94, nous avons trouvé qu'il y en avait eu *trois fois plus pendant les mois les plus chauds et à radiation solaire plus continue.*

Ces contradictions indiquent que nous ne sommes pas fixés sur les véritables causes de l'héméralopie. Ce qu'on peut affirmer, c'est que le soldat et le marin sont beaucoup mieux nourris aujourd'hui ; que, dans les circonstances pénibles, ils ont du vin ; que la viande est meilleure et presque toujours fraîche, le biscuit rare ; que les longues croisières avec rares relâches sont l'exception ; que l'on a supprimé les factionnaires de nuit en beaucoup de points, comme inutiles. Enfin, avec les armes actuelles et le prix que coûtent les guerres, celles-ci sont forcément plus courtes, et la débilitation lente plus rare chez les hommes. Le déchet par armes à feu et par fièvre typhoïde ne laisse pas aux organismes, dans les guerres actuelles, le temps de s'user. O. Walter a observé, dans l'Oural (1893), 269 cas d'héméralopie, survenant épidémiquement dans les centres misérables et atteignant tous les âges. Il croit à l'effet d'un miasme (?), favorisé par les conditions de milieu.

Les travaux de Martialis ont montré que, dans la majeure partie des cas, l'héméralopie est causée par une suffusion séreuse, résultat d'une rétino-choroïdite dont l'aggravation peut amener, sur le nerf optique et son expansion, tous les désordres observés dans la rétinite exsudative. La cécité nocturne se déclare souvent sans transition ; parfois elle est précédée de céphalalgie, vertiges. Dans ces cas rares, la pupille, qui est généralement dilatée, se contracte, et cet état se montre surtout chez les individus robustes qui ont eu à souffrir d'une intensité lumineuse trop prononcée, et dont Martialis a fait une catégorie particulière.

L'absence de toute douleur, la cécité commençant avec la dilatation pupillaire au moment de la chute du jour : tels sont les signes les plus constants. Les malades voient d'abord un nuage qui s'interpose entre leurs yeux et les objets environnants ; ils n'aperçoivent que les parties les plus éclairées de ces objets, puis ils ne voient plus rien.

Deval prétend que la maladie apparaît le jour, dans un endroit sombre, et disparaît, la nuit, à l'aide d'un éclairage artificiel. Dans un appartement éclairé par une bougie, tous les hommes de Piriou distinguaient bien les objets placés à trois ou quatre mètres d'eux, du côté de la bougie. La contraction pupillaire, chez les héméralopes, varie avec l'intensité de la lumière artificielle.

Sur le pont, par les beaux clairs de lune, ils peuvent marcher sans guide, distinguant surtout les objets élevés ; ils voient également ceux qui les entourent, et qui sont placés près d'eux, dans un endroit éclairé : des matelots chauffeurs, complètement aveugles dans les coins obscurs, recouvrent entièrement et momentanément la vue, pendant qu'ils se trouvent dans les chambres de chauffe de la machine, *vis-à-vis des feux* qu'ils sont chargés d'alimenter.

— Tous les symptômes propres aux lésions variées de la rétine peuvent se montrer, et l'on en voit quelques-uns prédominer dans un des yeux qui n'offraient pas alors le même degré d'altération.

Dans les terminaisons heureuses et qui sont de beaucoup les plus fréquentes, la vue reprend son intégrité et suit, en cela, le retrait de la suffusion séreuse (Martialis). Les récidives sont fréquentes. La maladie dure de dix à douze jours ; elle peut persister des mois, de années.

La simulation est fréquente, et peut-être a-t-elle contribué à dérouter les étiologistes. On la décèle assez facilement avec le stéréoscope (Faucon, Abadie).

Le traitement consiste à mettre les malades à l'abri de la lumière, à leur donner des toniques, de l'huile de foie de morue, du quinquina, du fer. La prophylaxie comporte l'amélioration de l'hygiène, la soustraction, quand elle est possible, de la radiation solaire. Martialis recommande les vivres frais, l'augmentation de la viande. Les lunettes de conserve à verres colorés seront d'un grand secours.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 22 juin 1897*

M. Brouardel revient sur la communication de M. Rendu, dont il argumente à nouveau les divers termes.

M. Rendu, cherchant à expliquer les accidents éprouvés par son malade, élimine la rage surtout à cause de la rapidité du début des accidents. En cela on ne saurait trop être de son avis, surtout si l'on songe qu'il n'y a point d'exemple de l'inoculation de l'homme à l'homme ; mais il pense que l'impression qui se dégage de toute l'observation oblige à incriminer des toxines contenues dans le liquide immunisateur. Sur ce point, tout le monde ne partage pas son avis. En effet, les accidents cessèrent malgré la continuation du traitement incriminé. Si certains liquides immunisateurs peuvent occasionner des accidents ressemblant plus ou moins à ceux du malade de M. Rendu, il est démontré que le liquide des injections antirabiques ne donne expérimentalement aucun de ces accidents. Mais, d'autre part, l'on sait que, dans les observations de paralysie ascendante, on note toujours comme cause l'infection ; que celle-ci se révèle par la marche de l'affection ou par les recherches anatomopathologiques et bactériologiques. — En revanche, la porte d'entrée a rarement été trouvée. — Ne serait-il pas plausible d'admettre que, dans ce cas, l'infection se soit produite à la suite de la piqûre anatomique ?

M. Brouardel rapporte, de plus, une observation de M. Rondeau, de Bordeaux dans laquelle il s'agit d'une malade qui, n'ayant pas été traitée par la méthode pastorienne, a été atteinte de symptômes semblables à ceux du malade de M. Rendu. L'application du traitement antirabique fit rétrocéder les accidents déjà trop avancés.

MM. Lancereaux et Paulesco : **Traitement d'un anévrysme de l'aorte par des injections sous-cutanées d'une solution gélatineuse.** — Il s'agit d'un malade porteur d'un énorme anévrysme de la crosse de l'aorte ayant érodé les 2e, 3e, 4e cartilages droits, faisant une assez grosse saillie

Digitized by Google

au-devant du thorax. Le malade souffre beaucoup ; il a presque toutes les nuits des accès d'angine de poitrine. La tumeur continuant à se développer mesure 15 centimètres de diamètre, elle présente des bosselures ecchymotiques ; le sang est en contact avec la peau très amincie. Songeant à la découverte que fit M. Dastre sur la propriété qu'a la solution de gélatine de rendre le sang plus coagulable, on fit dans la fesse une injection de 50 cent. cubes d'une solution stérilisée de gélatine à 1/100 dans une solution de Na Cl à 1/1000, maintenue à 37°. La tension dans l'anévrysme diminua momentanément. Depuis, on fit douze injections de 150 à 250 centimètres. Actuellement, la tumeur n'a plus de mouvements d'expansion et les crises d'angine de poitrine ont absolument disparu.

M. Reclus présente, au nom de M. Faure, une malade atteinte de goitre exophtalmique chez laquelle on a pratiqué la résection bilatérale d'une portion notable du grand sympathique. Il s'agit d'une malade chez laquelle les premiers troubles ont débuté à 21 ans, à la suite d'une émotion violente. Les accidents s'installent par l'exophtalmie, puis viennent la tachycardie et la tuméfaction du corps thyroïde. Les accidents s'accroissent progressivement pendant dix ans. Cependant, sous l'influence de l'électrisation, il se fait une amélioration passagère. Mais cette amélioration ne dure pas, car, à son entrée à l'hôpital, la malade est plus mal que jamais. Les yeux ne sont plus recouverts qu'imparfaitement par les paupières ; il existe de la conjonctivite avec exulcérations de la cornée ; le corps thyroïde est animé de battements artériels violents. Le choc de la pointe du cœur ébranle la paroi thoracique, le pouls bat à 120. Il existe du tremblement des mains, de la parésie des membres inférieurs, des névralgies violentes dans la sphère du trijumeau, de la polyurie, une salivation abondante, des diarrhées profuses ; les cheveux tombent, la malade ne dort plus. Imitant les tentatives de M. Jabouley, de Lyon, M. Faure résèque le grand sympathique dans une étendue correspondant en haut à la portion située au-dessus du ganglion cervical supérieur, en bas à la portion située au-dessous du ganglion cervical moyen. Pendant la résection le pouls ne change pas. Mais quelques jours après l'opération, le pouls est à 60, les paupières se ferment facilement, le choc du cœur est normal, la tumeur thyroïdienne n'est plus pulsatile et son volume beaucoup moindre, le tremblement des mains n'existe plus ; les membres inférieurs portent facilement la malade ; l'insomnie a disparu. S'agit-il d'une simple amélioration passagère ? C'est ce que montreront les faits.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 18 juin 1897.*

**Du bleu de méthylène dans le diagnostic de la perméabilité rénale.** — M. Achard, depuis sa première communication sur ce sujet, a recueilli cinquante observations nouvelles et fait dix-huit autopsies qui confirment les résultats obtenus. Sur vingt-deux cas d'élimination normale du bleu de méthylène, il a toujours vérifié, à l'autopsie, l'intégrité du rein ; de même sur vingt-huit cas d'élimination tardive, il a constaté des lésions du rein dans les treize autopsies pratiquées.

Ce n'est pas seulement à la médecine proprement dite que l'épreuve du bleu peut fournir des résultats utiles, mais aussi à la chirurgie urinaire, en indiquant si les reins fonctionnent d'une façon normale. Un fait très intéressant de M. Schwartz en donne une démonstration remarquable : chez un malade atteint d'hydronéphrose et chez qui le cathétérisme de l'uretère permettait de recueillir l'urine de chaque rein séparément, le bleu ne passa pas du côté de l'hydronéphrose et passa avec un léger retard par le rein considéré comme sain et dont l'urine renfermait, il est vrai, des traces d'albumine.

Quant aux effets thérapeutiques dus à l'action du bleu de méthylène sur l'albuminurie, ils ont été constamment nuls.

M. Hirtz a employé le bleu de méthylène six fois dans l'albuminurie sans aucun bénéfice appréciable.

M. Chantemesse a obtenu le même résultat négatif en employant des doses de 75 centigrammes à 1 gramme par jour.

**Phénomènes vasculaires d'ordre nerveux.** — M. Vaquez. Les accidents peuvent survenir au cours d'affections aiguës ou chroniques des artères et des veines, ou bien comme épiphénomène pendant l'évolution de certaines maladies nerveuses, ou bien enfin isolément à titre d'accident purement local chez des sujets semblant être porteurs d'aucune autre affection. Ils se subdivisent en deux ordres de troubles : les uns, purement objectifs, accompagnent surtout les affections bien caractérisées des artères ; les autres, subjectifs, consistent en sensations diverses, apparaissent de préférence chez les sujets atteints d'affections nerveuses définies ou de névroses, telles que l'hystérie, la neurasthénie.

Parmi les phénomènes d'ordre objectif, il faut signaler les dilatations passagères ou durables des artères atteintes de lésions de diverses natures. On sait, par exemple, que l'artérite aiguë s'accompagne habituellement d'un état paralytique du vaisseau, caractérisé par une augmentation de l'amplitude du battement artériel, avec diminution de la tension sanguine intra-vasculaire. L'aortite agit de même et c'est sous l'influence de l'inflammation de la paroi interne de ce vaisseau que son calibre s'élargit et que sa zone de matité à la percussion devient plus nettement appréciable. A côté de ces faits, il en est d'autres où une dilatation paralytique de l'artère peut également apparaître en dehors de toute lésion du vaisseau. C'est ce que l'on peut voir dans le cours de certaines affections des centres nerveux ou des névroses. La migraine s'accompagne de phénomènes vaso-moteurs qui peuvent parfois envahir les vaisseaux de plus gros calibre et provoquer par exemple des modifications de volume de la

Digitized by Google

temporale. Le goitre exophtalmique en fournit des exemples plus remarquables encore et peut provoquer une dilatation des carotides et même de la crosse aortique.

Dans tous ces cas, les troubles sont purement objectifs, et le malade n'en a pas conscience. Il en est d'autres où, avec ou sans dilatation vasculaire, le sujet souffre de phénomènes douloureux : spasmes, battements, qui peuvent parfois en imposer pour une maladie véritable des vaisseaux; tels sont, chez les neurasthéniques, les battements épigastriques avec dilatation de l'aorte, ce qui peut faire croire faussement à un anévrysme à ce niveau. D'autres fois ce sont des spasmes artériels, avec battements, qui affectent le malade. La pathologie veineuse est moins riche en faits de ce genre. Cependant la dilatation des veines avec rigidité de la paroi n'est pas très rare dans le cours de certaines affections aiguës de ces vaisseaux; tel est l'état de rigidité douloureuse des veines variqueuses chez les femmes enceintes, sans phlébite ni coagulation veineuse.

La cause pathogénique de ces divers accidents qui peuvent atteindre les artères et les veines est différente suivant les cas, mais elle agit par l'intermédiaire des éléments nerveux et musculaires des parois des vaisseaux. C'est de cette façon que s'expliquent ces modifications si spéciales du calibre du vaisseau et de sa paroi, celles-ci apparaissent volontiers chez certains sujets lorsqu'il y a déjà des altérations anatomiques même légères, mais on conçoit qu'elles puissent se manifester spontanément sous certaines influences chez des sujets prédisposés.

**Dilatation de l'estomac dans la première enfance.** — M. Comby. En 1884 (*Archives de médecine*), j'ai eu l'occasion d'étudier la dilatatation de l'estomac au point de vue clinique et j'ai affirmé sa grande fréquence chez les enfants de tout âge. Aujourd'hui, je viens apporter quelques documents anatomo-pathologiques recueillis à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades. Depuis le 1er janvier 1897, j'ai mesuré l'estomac chez 80 nourrissons morts à cette crèche. Avant de donner les chiffres pathologiques, je vais indiquer les chiffres approximatifs de la capacité physiologique de l'estomac :

| | | |
|---|---|---|
| A la naissance.. | 30 à 40 | cent. cubes |
| A 1 mois..... | 60 | — |
| De 8 à 3 mois... | 80 à 100 | — |
| De 3 à 6 mois... | 120 à 150 | — |
| De 6 à 12 mois.. | 200 à 220 | — |
| De 1 à 2 ans.... | 300 à 350 | — |

1° Sur 25 enfants de 0 à 3 mois, six seulement avaient l'estomac petit (45, 60, 80 cent. cubes); tous les autres avaient une dilatation plus ou moins notable (200, 250, 300, 310 cent. cubes).

2° Sur 19 enfants de 3 à 6 mois, quatre avaient l'estomac petit (75, 80, 125, 140 cent. cubes); 15 étaient dilatés (300, 330, 340 cent. cubes).

3° Sur 28 enfants de 6 à 12 mois, six seulement avaient l'estomac normal (80, 85, 140, 145, 180, 215 cent. cubes); tous les autres avaient une dilatation souvent excessive (350, 400, 440, 470, 480, 635 cent. cubes).

4° Sept enfants, âgés de 1 à 2 ans, étaient fortement dilatés (400 à 740 cent. cubes).

En résumé, 80 pour 100 des enfants autopsiés avaient une dilatation très notable de l'estomac. Cette fréquence ne doit pas surprendre ceux qui savent à quels excès alimentaires sont condamnés les malheureux enfants qui viennent recourir à l'hôpital : biberons malpropres, lait pauvre, fermenté, coupé de décoctions infectés, aliments grossiers donnés prématurément, etc.

Tous ces enfants ont des régurgitations nidoreuses, des vomissements, de la diarrhée; ils sont maigres, athrepsiés, cachectiques. Tantôt on perçoit aisément le clapotage gastrique au niveau ou au-dessus de l'ombilic; tantôt ce signe manque, Mais ce qui ne manque pas, c'est la lenteur des digestions, le séjour prolongé du lait dans l'estomac où il se putréfie et cause l'empoisonnement de l'enfant. Le lavage de l'estomac, quand on le pratique, montre bien cette impuissance de l'organe à se vider de son contenu; cinq, six heures après une tétée, on trouve dans l'estomac des grumeaux de lait non digéré, des mucosités, des glaires. de la bile, parfois une saine noirâtre qui témoigne de petites hémorragies capillaires qui ont leur source dans les ulcérations punctiformes souvent rencontrées à l'autopsie.

Ce que je viens de dire plaide en faveur du lavage de l'estomac, opération très facile chez le nourrisson, qui n'oppose aucune résistance, qui tolère bien la sonde, et qui éprouve un notable soulagement après le lavage. Constamment j'ai vu les vomissements disparaître pour ne plus revenir après un lavage bien fait.

**Coexistence de la méningite tuberculeuse et de la fièvre typhoïde.** — M. Chantemesse présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune homme entré à l'hôpital avec les signes classiques d'une méningite tuberculeuse, qui persistèrent jusqu'à la mort. Quelques jours avant cette terminaison, le séro-diagnostic avait donné un résultat positif, quoiqu'il n'y eût aucun symptôme de fièvre typhoïde. A l'autopsie, on trouva des granulations tuberculeuses dans les méninges, les poumons et des plaques de Pager ulcérées aux bacilles d'Eberth.

Cette observation prouve donc que la méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde peuvent évoluer ensemble sur un même sujet.

M. Comby a observé un cas absolument analogue.

M. Danlos présente la radiographie d'une côte surnuméraire gauche, soulevant l'artère sous-clavière, et prise d'abord pour une tumeur développée sur les côtés de la septième vertèbre cervicale. — H. M.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 23 juin.*

**Traitement de la coxalgie.** — M. Gérard-Marchand. Le redressement forcé dans la coxalgie, de même que dans les autres arthrites tuberculeuses des membres, n'est pas exempt de dangers, ainsi que M. Kirmisson l'a rappelé. L'observation suivante en est un nouvel exemple. L'année dernière, il a redressé sous le chloroforme le genou d'une jeune fille, atteinte depuis sept ans d'une tumeur blanche de cette articulation; aussitôt après cette intervention, la malade présenta une fièvre qui dura trois semaines, au bout desquelles apparurent les symptômes d'une méningite mortelle. M. Gérard-Marchand ne peut voir une simple coïncidence dans ce dénouement, et il incline à croire qu'il ne se serait pas produit s'il n'y avait pas eu d'opération.

M. Berger a employé avec succès les injections modificatrices d'éther iodoformé et de naphtol camphré dans les abcès de coxalgie ancienne, en voie de guérison ; les résultats sont moins bons dans les coxalgies évolutives ; là, le curettage du foyer a quelquefois été nécessaire. Mais cette pratique ne donne que des améliorations passagères, car des suppurations interminables persistent, amenant une aggravation des lésions et de l'état général.

M. Jalaguier se déclare l'ennemi des résections, qu'il considère comme un pis-aller, à cause des fistules consécutives, rebelles et interminables. Il fait des résections atypiques quand cela est nécessaire, mais n'y a recours qu'en dernier ressort. Au préalable, il les fait précéder des injections modificatrices qui mettent le malade dans de meilleures conditions opératoires. Partisan de la méthode conservatrice, il emploie l'extension continue, soit avec l'appareil de Lannelongue, soit avec la gouttière de Bonnet. Lorsqu'il n'existe pas de douleurs ou qu'elles sont supprimées, il applique un appareil plâtré, qui permet la marche. D'ailleurs, que le malade soit immobilisé avec ou sans extension, avec ou sans appareil contentif, les abcès secondaires ne sont ni plus ni moins fréquents.

Lorsqu'il existe une attitude vicieuse, il pratique le redressement sous le chloroforme, mais en l'absence de tout abcès. Si la coxalgie est guérie dans une mauvaise attitude, l'ostéotomie sous-trochantérienne lui permet de redresser le membre.

Sur 122 cas de coxalgie infantile, traités à l'hôpital, il y a eu 67 abcès. 11 enfants sont morts, 7 par méningite tuberculeuse, 4 par complications pulmonaires. 46 ont été traités par l'extension simple continue, et parmi ceux-ci 5 sont morts de méningite et 4 de complications pulmonaires (ils font partie des 11 cas énumérés ci-dessus).

41 redressements ont été pratiqués sous le chloroforme, aucun n'a été suivi de méningite, ni de complication pulmonaire. Comme ses collègues, il a employé dans la cure des abcès les injections modificatrices de naphtol camphré et d'éther, et celles-ci lui ont paru avoir une efficacité bien supérieure aux autres.

M. Kirmisson. De cette discussion, il ressort que les méthodes hâtives de traitement de la coxalgie, curetages, résections, sont mauvaises, et que la méthode conservatrice par l'immobilisation avec ou sans extension est uniformément pratiquée par ses collègues. Personnellement, il reste partisan de l'immobilisation simple, sans extension, et il redoute le redressement forcé, surtout dans les coxalgies évolutives, le plus grand danger, qui menace un tuberculeux, était de devenir septicémique.

Quant aux injections modificatrices, il donne la préférence à celles d'éther iodoformé, qui donnent une guérison plus rapide.

M. Hennequin. L'immobilisation dans la coxalgie a surtout pour but d'empêcher le frottement des surfaces articulaires, cause de douleur et d'usure de ces surfaces. Or, on peut obtenir ce résultat par l'extension simple, sans aucun appareil contentif.

**Deux cas d'occlusion intestinale.** — M. Broca fait le rapport suivant sur deux observations de M. Legueu.

La première, qui a trait à une *torsion du côlon ascendant* relève, on le voit, d'une lésion que sa rareté rend intéressante. Elle concerne un homme de 37 ans qui, depuis un an, avait été pris environ tous les mois de coliques brusques, sans diarrhée, assez violentes pour le forcer à quitter son travail; chaque crise durait 3 à 4 heures; aucun trouble intestinal dans l'intervalle. Le 13 mars 1896 débuta l'occusion, par une crise qui d'abord ne sembla pas plus intense que les autres mais se transforma vite en occlusion. Au bout de 3 jours, après échec des purgatifs et des lavements, le malade se décida à entrer à l'hôpital et M. Legueu, appelé d'urgence, pratiqua la laparotomie. La première exploration fut pour la fosse iliaque droite, où rien d'anormal ne fut senti ; alors, après avoir constaté que l'S iliaque était rétracté et l'intestin grêle distendu, M. Legueu eut recours à l'éviscération partielle. Il vit ainsi faire saillie dans la partie supérieure de l'incision une portion d'intestin distendue au point de ressembler à un estomac dilaté. Mais en l'abaissant, il reconnut qu'en réalité c'était le cæcum, situé au-dessous d'un torsion de l'extrémité inférieure du côlon ascendant. Le cæcum avait ainsi fait un demi-tour de gauche à droite ; en outre, il avait subi une translation en haut et à gauche, de façon à venir se loger dans la région épigastrique. La remise des parties en position normale fut aisée, mais la réduction exigea l'évacuation du cæcum par incision franche suivie de suture. Le malade succomba le 19 mars, avec tous les signes d'une septicémie péritonéale aiguë.

L'autopsie permit de vérifier la disposition anatomique, constatée déjà au cours de l'epération grâce à laquelle avait été possible cette torsion : le mésocôlon ascendant ne commençait que notablement au-dessus du cæcum, en sorte que l'extrémité inférieure du côlon était libre, entourée de toutes parts de péritoine. C'est là une disposition rare, mais non très exceptionnelle, en particulier chez l'enfant en bas âge.

J'insisterai sur la distension du cæcum ; on sait qu'elle est la règle pour les différents segments d'intestin atteint de valvulus et que Von Wahl (de Dorpat) en a tiré un signe important pour le diagnostic. Dans le cas actuel, M. Legueu n'avait pas trouvé dans le ventre, avant l'opération, le météorisme limité et fixe décrit par Von Wahl.

Digitized by Google

On conçoit combien cette notion est contraire au traitement par l'anus contre nature, car on risque fort d'ouvrir à l'extérieur précisément l'anse tordue, qui souvent remplit presque l'abdomen, et le résultat, naturellement, est nul.

C'est peut-être pour la deuxième observation de M. Legueu que l'anus contre nature compterait encore quelques adeptes. Dans ce cas, il s'agit d'une femme de 61 ans chez laquelle des accidents graves d'occlusion complète persistèrent après la réduction d'une hernie étranglée pendant une journée. Au dixième jour, soupçonnant une réduction en masse, M. Legueu fit la laparotomie : il ne trouva aucun obstacle mécanique, mais, à la jonction de la partie distendue et de la partie affaissée il vit un sillon noir, marquant bien évidemment la place du contour de la partie serrée de l'ancien étranglement herniaire. Après quelques manipulations ayant démontré la perméabilité de l'intestin à ce niveau, M. Legueu referma le ventre : une heure et demie après la débâcle se produisait, et la malade guérit sans encombre.

Ces cas de pseudo-étranglement par paralysie sont rares, mais incontestables. On en a déjà observé à la suite de taxis, de kélotomie, de laparotomie pour occlusion. C'est dans ces conditions que l'on obtient des succès rapides par l'administration d'un purgatif. Mais dans l'espèce M. Legueu devait-il recourir à cette thérapeutique ? Je ne le pense pas, car le diagnostic exact de la lésion extra-abdominale était impossible. Les signes sont bien douteux, pour permettre d'éliminer à coup sûr la réduction en masse, la réduction de l'anse toujours enserrée par le collet, la persistance d'un pincement dans un collet profond, toutes lésions auxquelles convient seule la laparotomie aussi rapide que possible.

Le chirurgien était donc autorisé à pratiquer la laparotomie qui lui a donné un succès définitif, de préférence à l'anus artificiel. — H. M.

## REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

### Société obstétricale et gynécologique de Paris

M. Maygrier. — **Eclampsie post-partum.** — Une primipare de 26 ans arrive à Lariboisière; en travail, à terme. Depuis un mois, elle présentait de la céphalée et de l'œdème des membres inférieurs. Sept heures et demie après l'accouchement, elle eut une première attaque d'éclampsie suivie de trois autres de 11 heures du matin à 2 heures. Entre chaque crise, elle reprenait connaissance. De 2 heures du soir à 6 heures, elle reste calme; à 6 heures, elle eut une nouvelle attaque à la suite de laquelle le coma persista. Son état s'aggrave rapidement et elle meurt à 7 heures du soir. Cette observation est intéressante en ce sens que l'éclampsie post-partum d'habitude bénigne a eu une terminaison fatale. Il y a de plus lieu de faire remarquer que cette observation va à l'encontre des idées soutenues par les partisans de la provocation du travail dans les cas d'éclampsie de la grossesse. L'auteur en prend acte pour s'opposer à cette manière de faire. Il est bien entendu cependant qu'il reste partisan de la terminaison rapide du travail chez les éclamptiques, conduite qui ne peut donner d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

## BIBLIOGRAPHIE

**Clinique des maladies du système nerveux**, par M. le professeur Raymond, 2e volume (Doin, éditeur).

Lors de l'apparition du premier volume des cliniques de M. le professeur Raymond, M. Huchard (*Journal des Praticiens*, 16 mai 1896) s'exprimait en ces termes : « M. Raymond a montré que, s'il « se sentait écrasé par l'honneur » de succéder à Charcot, comme il le dit avec modestie, il a été, ainsi que nous le savions tous à l'avance, à la hauteur de sa tâche, et il a continué l'œuvre du maître. Tous ceux qui le connaissent et qui, par conséquent, l'aiment et l'estiment, applaudissent à ses succès, lisent avec un intérêt croissant ses leçons, puisées aux sources de la science, animées par le plus profond esprit clinique, par un talent d'observation remarquable. Il nous fait revivre, dans son fécond enseignement, les beaux et glorieux jours de l'école de la Salpêtrière, et il nous permettra, non seulement de nous en réjouir pour lui comme pour nous, mais aussi de lui exprimer tous nos remerciements pour le plaisir que nous avons retiré de la lecture de ce beau volume. »

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler ces paroles en présentant à nos lecteurs le second volume de cliniques de M. Raymond, volume dont l'intérêt est égal sinon supérieur au premier. Les sujets traités y sont très variés et, mieux que les éloges, l'énumération du contenu permettra au lecteur de juger de l'œuvre de M. Raymond.

1° *La paralysie ascendante aiguë* (2 leçons); 2° les polynévrites (13 leçons), les paralysies diphtériques, arsenicales; 3° la poliomyélite antérieure; 4° l'atrophie musculaire progressive myélopathique; 5° l'hématomyélie; 6° la syphilis héréditaire; 7° la syringomyélie (3 leçons); 7° le tabes et son traitement (3 leçons); 8° l'hémiplégie alterne, l'hémianesthésie alterne, les paralysies alternes de la face; 9° les tumeurs cérébrales; 10° les troubles psychopathiques de la miction, etc.

### Nouveaux membres du Comité de Rédaction

MM. Guinard, Pozzi et Richelot, chirurgiens des hôpitaux; Gaucher, Jeanselme, G. Lion et Wurtz, médecins des hôpitaux; Maygrier, accoucheur des hôpitaux, doivent être ajoutés, à partir d'aujourd'hui, à la liste des membres du comité de rédaction du *Journal des Praticiens*, ce qui porte (avec MM. Monod, Reclus, Dreyfus-Brisac et Josias), à 54 le nombre des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris faisant partie *activement* de notre Rédaction.

M. Baillet, interne des hôpitaux, remplace, à titre de collaborateur, M. Demelin qui, depuis sa nomination d'accoucheur des hôpitaux, fait partie du comité de Rédaction.

Nos plus sincères remerciements à nos collègues pour le grand honneur qu'ils nous font en voulant bien collaborer à notre œuvre.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

*Hôtel-Dieu.* — M. le Prof. Panas

## Névrite optique survenue tardivement après un érysipèle périoculaire

*(Leçon recueillie par A Terson, chef de clinique)*

Les complications que l'érysipèle de la face peut entraîner du côté de l'œil ont été déjà assez souvent observées, et vous n'ignorez pas que, si certains érysipèles de la face d'un menaçant aspect peuvent guérir sans laisser de vestiges de leur passage, il en est d'autres, quelquefois plus bénins, qui peuvent se terminer même par la cécité. Les complications oculaires de l'érysipèle sont du reste extrêmement variées : elles relèvent essentiellement de l'origine microbienne de l'érysipèle et des qualités du microbe spécial qui lui donne naissance, comme nous le verrons tout à l'heure.

Les complications les moins graves peut-être sont les complications externes. Dans les cas où l'érysipèle entraîne un phlegmon palpébral, non propagé à l'orbite, il peut se produire des eschares avec ectropion et cicatrices vicieuses, perte des cils, déviation des cils et du rebord palpébral, et par suite exposition plus ou moins grande de l'œil à l'air. Sans doute ces complications peuvent défigurer en partie les malades, surtout dans les cas de destruction diffuse et gangréneuse des paupières, mais en somme les opérations plastiques multipliée dont nous disposons pour les paupières, peuvent, exécutées à temps, préserver pour toujours l'œil et sa fonction visuelle. Il en est de même de l'œdème éléphantiasique énorme qui suit les érysipèles à répétition chez quelques sujets, et qui a peut-être la même pathogénie, éclairée par la constatation de la permanence du streptocoque dans les tissus, que l'éléphantiasis des membres. Là aussi les opérations arrivent, comme de nombreuses observations l'ont prouvé, à débarrasser le malade de ses colossales paupières et la vision conserve son intégrité.

Parmi ces complications externes, il faut cependant reconnaître que quelquefois la cornée peut s'infecter, s'ulcérer, se perforer, et qu'il est alors difficile, au milieu de cette infection généralisée des paupières et de l'œil, d'empêcher même par des soins diligents, la cornée de se nécroser, l'œil de tomber en pleine purulence, et aboutir à une perte totale par atrophie du globe. Un leucome adhérent, avec son pronostic toujours sombre, vu ses complications inflammatoires et glaucomateuses imprévues et si fréquentes, sera généralement le moins mauvais résultat à espérer, si on arrête l'évolution vers la panophtalmie. Des iridocyclites purulentes ou plastiques, même sans ulcération cornéenne, peuvent du reste se produire.

En regard de ces complications banales, il en est d'autres infiniment plus graves pour la vision, ce sont les complications orbitaires et les complications infectieuses qui atteignent le nerf optique, la rétine et le corps vitré.

Les premières sont en général à grand fracas : le phlegmon orbitaire se déclare, l'exophtalmie devient extrême, et la mort pourrait survenir, si une ouverture ne donnait une large issue au pus. D'autres fois, une phlébite orbitaire, avec moins d'exophtalmie et de douleurs, peut gagner la veine ophtalmique et les sinus de la dure-mère, et entraîner la mort par le mécanisme des anthrax de la lèvre supérieure, bien connu aujourd'hui. L'exophtalmie du côté opposé, par la voie rétrograde du sinus circulaire et de la veine ophtalmique, montre, avant la mort, presque fatale, du malade, que l'infection a gagné l'autre orbite. Au point de vue de la vision, le phlegmon orbitaire entraîne presque régulièrement une atrophie totale du nerf optique et une cécité incurable du côté atteint.

Nous nous occuperons aujourd'hui d'un cas de névrite optique survenue assez tard après un érysipèle de la face ; cette névrite optique est même d'un genre spécial et mérite particulièrement d'attirer votre attention. En dehors des névrites, vous pourrez observer quelquefois la suppuration de la rétine et du corps vitré par embolies infectieuses ; cette affection, sorte de panophtalmie métastatique, peut se produire du reste dans toutes les maladies infectieuses, par l'infection sanguine, et entraîne généralement l'atrophie du globe.

D'autres fois, il y a une névrite, une inflammation très marquée de la papille, avec ou sans hémorragies rétiniennes. La papille enflammée constitue un véritable monticule rougeâtre, dont l'examen à l'image droite détermine la hauteur, et d'où émergent des veines tortueuses et distendues. Généralement, après la chute progressive de l'inflammation, la papille s'atrophie, se rétracte et une atrophie blanche, à bords diffus, et entraînant une cécité plus ou moins complète, se déclare.

La malade que nous avons examinée aujourd'hui devant vous, présente un type un peu différent, ce qui nous permet d'esperer une terminaison moins grave. Il s'agit d'une femme de 46 ans, employée de commerce, dont la santé générale n'a jamais été très mauvaise avant ces dernières années.

Elle a été dyspeptique pendant assez longtemps, mais sans vomissements ni gastrite caractérisée. Ses digestions étaient seulement assez pénibles ; elle n'avait pas de constipation habituelle. Elle est bien réglée : légère leucorrhée à diverses reprises. J'insiste sur ce fait qu'elle n'a jamais eu de *dacryocystite* ni de *rhinite bien marquées* mais elle a de très mauvaises dents.

Il y a trois ans, érysipèle de la face survenu du côté gauche, ayant atteint les paupières, mais n'ayant pas gagné le cuir chevelu. L'érysipèle a guéri, sans aucune

Digitized by Google

complication, en une dizaine de jours. Au mois de septembre dernier, nouvel érysipèle de la face du même côté ; cette fois l'érysipèle a été notablement plus intense : le cuir chevelu a été envahi ; une partie des cheveux est tombée : il y a eu une vive céphalalgie, mais il n'y a pas eu de perte de connaissance ni de tendance méningitique manifeste. L'érysipèle s'est peu à peu amendé sous l'influence de pulvérisations d'éther et de fomentations chaudes. La malade affirme que sa vue est restée excellente des deux yeux pendant toute la durée de l'érysipèle et les trois mois qui l'ont suivi. Sans doute la malade peut se tromper et nous voyons souvent des sujets atteints d'amblyopie unilatérale plus ou moins complète depuis des années, et qui ne s'en aperçoivent à leur grande surprise que le jour où, fortuitement, ils ferment avec la main l'œil resté intact. Il faut cependant remarquer que cette femme avait repris son métier et l'exerçait depuis au moins deux mois sans avoir rien remarqué d'anormal dans sa vision, lorsque, dans les premiers jours de janvier 1897, son attention a été de nouveau rappelée sur son œil par des douleurs de tête, circumorbitaires et frontales, localisées du côté gauche, côté qui avait été autrefois atteint de l'érysipèle. En même temps, la vue baisse très considérablement en trois à quatre jours. La malade vient alors nous consulter, et l'on constate l'état suivant.

L'œil droit est absolument normal. Le fond de l'œil et la vision sont intacts. L'œil gauche, dont la vision a considérablement diminué dans ces derniers jours, avec vision d'étincelles lumineuses (photopsie), n'a plus aujourd'hui aucune perçeption lumineuse. Cet œil a une très légère exophtalmie et, si on tâche de le refouler dans l'orbite, une assez vive douleur profonde, rétro-oculaire, accompagne cette tentative de réduction. C'est là un signe fort important, signalé par de Græfe et Samelsohn dans la variété rétro-bulbaire de la névrite optique, mais qu'il faudrait peut-être rechercher dans toutes les névrites pour voir s'il est exclusivement attribuable à celle dite rétro-bulbaire A l'ophtalmoscopie, la papille est trouble : ses bords sont peu nets, ses veines sont gonflées : elle s'élève environ de 0,3 dixièmes de millimètres, c'est donc une papillite, mais de médiocre intensité. Il y aussi de ce côté une légère mydriase, avec conservation des réflexes consexuels de la pupille.

Nous voici donc en présence de ce type assez spécial que de Graefe a le premier décrit et où la névrite atteint essentiellement la portion *orbitaire* du nerf optique. La papille n'est quelquefois pas lésée, ou bien elle n'est que peu atteinte et comme en dernier ressort. De plus, vous voyez combien la lésion doit être marquée du côté de la partie orbitaire du nerf : la vision est *totalement* abolie, ce qui est hors de proportion avec la légère papillite qui existe. Que de fois nous voyons au contraire des papillites plus marquées laisser au malade 1/2, 1/10 de sa vision pendant un temps assez long ! De plus, la légère protrusion du globe et la douleur orbitaire à la pression sur l'œil, confirment le diagnostic du processus essentiellement rétrobulbaire : les urines de la malade sont normales.

Ce cas est donc remarquable, d'abord parce qu'il sort de la névrite optique franche, et ensuite parce qu'il est survenu à une période *post-érysipélateuse*, au lieu de survenir dans le décours de l'érysipèle. Nous n'aurions que des hypothèses à faire ici pour relier cette névrite rétrobulbaire à l'érysipèle. A moins d'admettre par une permanence de ses toxines dans les tissus ou dans les fosses nasales qui lui ont évidemment donné naissance, cette apparition tardive de la névrite, hypothèse parfaitement soutenable, si l'on se rapporte aux faits concernant la permanence prolongée du streptocoque dans les tissus antérieurement atteints, faits dont vous trouverez la démonstration bactériologique dans la thèse si complète d'Achalme sur le streptocoque (1893). Nous sommes obligés d'admettre qu'il y a eu du côté du nerf optique une infection secondaire, mystérieuse du reste, puisqu'aucun fait clinique ne l'a mise en lumière, dans le cas qui nous occupe, mais pouvant reconnaître pour origine les innombrables microbes qui encombrent normalement nos cavités naturelles et qui peuvent aller, sous une influence indéterminée et variable, envahir les tissus anciennement atteints par l'érysipèle et qui constitueraient un lien de moindre résistance. Seules, des autopsies avec recherches bactériologiques dans les tissus pourraient arrêter notre conviction sur l'une ou l'autre de ces deux hypothèses.

Vous venez donc de voir des cas où l'érysipèle a sournoisement et à une époque où on le croyait définitivement vaincu, envahi le nerf optique lui-même. Il y a loin de ces cas sans fracas, mais qui peuvent être des plus dangereux pour la vision, à des cas tels que ceux que j'ai vus à l'hôpital Lariboisière et que j'ai communiqués à la Société de chirurgie, où le phlegmon orbitaire s'accompagnait de suppurations sous-méningées rétro-crâniennes avec perforation de l'écaille du temporal. Mais il nous faut bien savoir que les cas latents peuvent entraîner quelquefois la cécité et passer inaperçus pour le praticien non prévenu.

Le traitement consistera ici en compresses chaudes, en iodure à la dose de 2 grammes par jour, en révulsion à la tempe par les sangsues et les ventouses scarifiées. La variété rétrobulbaire s'accompagne, en général, comme je vous l'ai dit, d'un pronostic moins grave.

*N. B.* — Après 8 jours de ce traitement, la malade a en effet récupéré la perception lumineuse et, après un mois de traitement, l'acuité visuelle arrivait à 1/10. Le rétablissement partiel de la vision s'effectue donc progressivement.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Pathogénie et traitement de la chorée

Par M. le Dr Dresch.

Comme le dit le professeur Bouchard, il faut posséder la conception doctrinale d'une maladie, si l'on veut aborder la question thérapeutique. Nous nous proposons d'aborder, dans ce travail, la pathogénie de la chorée, ainsi que son traitement, basé sur cette pathogénie.

Le substratum anatomique de la chorée nous laisse dans la plus grande incertitude ; il nous montre, par sa variété même, beaucoup plus les effets du mal et peut-être aussi des traitements employés, que sa propre cause. Convenons cependant, que les théories successivement exposées serrent de plus en plus près le problème.

La question de la chorée fit un grand pas, lorsque Germain Sée insista sur les liens étroits qui l'unissent au rhumatisme. Malgré tout ce qu'on a pu dire, nous persistons à croire que la chorée est, le plus souvent *rhumatismale*, ou si l'on préfère, « *pararhumatismale* ». Dans l'ascendance du choréique, on retrouvera, presque toujours, à défaut de l'hérédité franchement arthritique, l'hérédité névropathique, qui confine souvent à la précédente, et suffit à imprimer au système cérébro-spinal, une modalité réactionnelle particulière se traduisant par un pouvoir moindre de l'action inhibitoire.

Rhumatisme, névropathie, arthritisme, neuro-arthritisme, ces mots éveillent aujourd'hui dans notre esprit bien autre chose que les manifestations extérieures qui impressionnent toujours le malade et encore trop souvent le médecin. Derrière les manifestations périphériques, objectives, les dominant et les précédant, l'observation attentive a révélé des troubles de la nutrition qui commencent à être bien étudiés, et l'on est d'accord pour les considérer comme le premier anneau de la chaîne pathogénique de la diathèse arthritique. Il me suffit de rappeler l'œuvre magistrale de Bouchard sur les maladies par ralentissement de la nutrition, les travaux de ses élèves, ainsi que les trouvailles de Glénard. On doit considérer le choréique, ainsi que l'arthritique, comme un *nutritif*, un vicié de la nutrition. A l'âge du choréique, les troubles de la nutrition se manifestent plus souvent qu'à toute autre période de l'existence, soit localisés franchement dans l'appareil digestif, soit réflexes intéressant les autres systèmes. Les fonctions digestives ont l'importance même que lui donne la croissance. Dans un article déjà bien ancien (*Gaz. des hôp.*, 1874) Brouardel pressentait déjà le rôle pathogénique que nous attribuons au processus nutritif vicié. Voici ce qu'il écrivait : La chorée et le rhumatisme ont dans leur pathogénie des liens étroits ; tous deux surviennent quand des désordres graves dans les sécrétions ou une activité nutritive exagérée, pendant la croissance ou la convalescence d'une maladie, *modifient profondément la nutrition générale* ».

Si l'on est prévenu, si l'on y regarde d'un peu près, si l'on ne se contente pas de constater la manifestation grossière qui caractérise la chorée, on verra que l'appareil digestif du jeune choréique permet de constater un manque d'équilibre autant statique que fonctionnel. Cette doctrine pathogénique de la chorée ne date pas d'hier, car au commencement du siècle, en Angleterre, les médecins de ce pays attribuaient d'une manière exclusive, la chorée *à une lésion des fonctions du tube intestinal, laquelle réagit sympathiquement sur le système musculaire.* (H. Bell.) Les purgatifs, quelques antispasmodiques anodins, quelques toniques vers la fin, étaient prescrits ; les malades guérissaient dans un laps de temps de 3 à 6 semaines. J'estime que les traitements les plus en vogue ne font guère mieux aujourd'hui, mais ils font courir des dangers aux malades.

En définitive, nous considérons la chorée comme une réaction particulière d'un trouble nutritif préexistant, ayant amené l'état particulier d'auto-intoxication, si bien nommé *toxinhémie*. A côté de la chorée, nous rangerons la tétanie, voire même l'épilepsie et l'hystérie. La *chorée tardive des gravidiques*, l'éclampsie, sont fonctions de toxines également ; mais la puerpéralité imprime un plus haut degré de gravité, il y a hypertoxinhémie, la *toxinhémie* étant, pour ainsi dire, l'état physiologique de la grossesse, de la puerpéralité et de l'allaitement. La croissance rentre un peu dans cette catégorie d'états, et c'est pour cela que, pendant cette période de l'existence, apparaissent des modalités morbides spéciales : rachitisme, chlorose, épilepsie, goître, hystérie, chorée. Il y a des toxines convulsivantes, comme il y en a de narcotiques (le sommeil a été considéré comme résultat, en même temps que remède d'une toxinhémie physiologique). Il y a des toxines tétanigènes, choréigènes, hystérogènes, etc.

On peut considérer les réactions individuelles et d'ailleurs contingentes comme des moyens d'élimination et par suite d'auto-défense de l'organisme. Elles varient suivant la qualité des toxines et aussi suivant les organes qui leur servent d'accumulateurs. Les localisations peuvent dépendre de l'irritabilité particulière ou de la moindre résistance de nos cellules, de nos appareils anatomiques, des surmenages qu'on leur impose, surmenages qui créent l'imminence morbide et le *locus minoris résistentiæ*. A une *toxinhémie* qui sera presque toujours la même et qui réclamera, pour ainsi dire, un traitement univoque, correspondra une symptomatologie différente autant par la topographie que par la phénoménalité : prurigo, migraine, toxidermies, crises anginiformes et asthmatiformes, topoalgies, meiopragies, anesthésies, hyperesthésies, suractivité et hypertrophies de certaines glandes, certains œdèmes, certains épanchements, certaines fluxions articulaires, comme certains réflexes exagérés ou abolis, plus ou moins fugaces ou persistants, convulsifs, choréiques, hystériques, tétaniques, parésiques. Ces modalités si diverses et bien d'autres encore sont fonctions de toxines ; ces

Digitized by Google

toxines proviennent de nos propres cellules ou elles sont d'origine microbienne. Nous pensons qu'on a peut-être éxagéré la fréquence de la seconde origine; dans tous les cas, elle est plutôt secondaire que primitive, l'infection trouvant dans la *toxinhémie* préexistante, un terrain merveilleusement préparé.

En présence d'un processus commun, *endogène*, d'auto-intoxication, le rôle du médecin sera évidemment de combattre bien plutôt l'état toxinhémique ou septicémique que les manifestations morbides dont il a été l'agent provocateur. *Sublatâ causâ, tollitur effectus.*

A la faveur des doctrines microbiennes, nous avons considéré longtemps la chorée comme une maladie infectieuse ou microbienne, et c'est la thèse que nous avons défendu (*Bull. de Thér.*, 1890). Depuis, on a décrit des microbes plus ou moins spécifiques de la chorée, et le Dr Triboulet a montré le *rôle possible* de l'infection, en fait de chorée. Pour cet auteur, la chorée serait une septicémie banale, sans localisation et sans spécificité. Les toxines microbiennes seraient l'agent choréigène par leur action sur l'axe cérébro-spinal, en tenant compte, bien entendu, de la prédisposition névropathique. Cette opinion était, en somme, la nôtre et voici ce que nous écrivions en 1890, dans notre travail :

« On doit considérer les mouvements choréiques comme des réflexes provoqués par l'infection microbienne; cette réaction du tissu musculaire doit contribuer à la destruction du micro-organisme, et surtout à celle des produits toxiques sécrétés par lui. Brochant sur le tout, l'intoxication vient se greffer sur l'infection. »

Aujourd'hui, après de nouvelles observations, nous pensons que la pathogénie de la chorée réside, beaucoup plutôt dans une auto-intoxication, d'ailleurs variable, et que c'est l'infection qui se surajoute pour brocher sur le tout, produisant ces chorées typhoïdes contre lesquelles tous les traitements risquent d'échouer. Si l'origine de la toxinhémie se trouve, presque uniquement, dans une viciation de la nutrition, nous ne sommes pas éloignés de croire que le *primum movens choréigène* peut être multiple. et nous avons de bonnes raisons de croire qu'il existe une chorée, d'origine *basedowienne*, par hyperthyroïdisation. La chlorose est également un facteur important dans la production de la chorée, et l'on sait que la tendance actuelle, d'ailleurs rationnelle, est de considérer la chlorose et aussi l'hystérie, comme une auto-intoxication, à point de départ également variable : appareil génital, digestif ou glandulaire.

Jusqu'à présent, les traitements qui ont eu et ont encore le plus de succès étaient, sans conteste, purement symptomatiques, s'adressant aux réactions d'ailleurs excessives de la motilité, et nullement pathogéniques. Cette médecine du symptôme a fait son temps et doit être considérée comme médecine d'attente ou de pis aller. Tels sont les traitements par la *strychnine*, l'*antipyrine* et l'*arsenic*. La strychnine homicide est tombée dans un juste oubli, malgré la grande autorité de Trousseau. Nous pensons que l'arsenic, à hautes doses, comme le conseillent le Dr Comby et ses élèves, ne tardera pas à être mis au même rang que le précédent toxique. Car, donner en quelques jours 34 centigrammes d'acide arsenieux à une fillette de 9 ans, me semble plutôt du ressort du juge d'instruction que de la clinique hospitalière. Au point de vue de la rapidité d'effet, cette médication détient peut-être le record, mais sûrement le record du danger encouru lui est réservé.

Il y a lieu de tenir un peu compte, non seulement de la maladie, mais encore des lendemains de maladies; il y a lieu de poursuivre un peu le *curriculum vitæ* de nos clients, en mettant en regard les maladies et les traitements subis. Méfions-nous des méthodes jugulatrices. C'est trop souvent comme le sabre de M. Prudhomme! *Primum non nocere.* Dans sa communication à l'Académie de médecine, Lancereaux a bien montré les méfaits du traitement arsenical. Il s'y trouve même une observation du Dr Comby assez suggestive. L'enfant âgée de 7 ans avait pris 23 centigrammes d'acide arsenieux en 11 jours; elle sortit de l'hôpital plus ou moins guérie d'une chorée intense; mais elle y rentra 5 semaines après, avec une *paralysie des membres inférieurs!* Lancereaux considère naturellement cette paralysie comme toxique, d'origine arsenicale, et il conclut ainsi : *Il est clair que ce poison doit être prescrit avec la plus grande prudence et seulement par faibles doses, chez les* JEUNES GENS SURTOUT. Avec les faibles doses, *les seules trophiques* nous sommes loin des 4 centigr. 1/2 d'acide arsenieux, *pro die*, que le Dr Comby n'hésite pas à donner à des enfants! Pour atténuer l'effet toxique, il recommande le régime lacté, quelques laxatifs et lavements, le repos physique et moral, pas d'hydrothérapie. C'est parfait, et nous sommes d'autant plus de cet avis que, six ans auparavant (*Bull. de thér.*, 1890), après avoir indiqué pourquoi nous persistions dans la médication spéciale que nous allons essayer de justifier une fois de plus, nous écrivions expressément ceci :

Dans le traitement de la chorée, j'attache une grande importance à un ensemble de petits moyens dans le détail desquels je vais entrer maintenant. Pendant la première période de la maladie, j'exige le *séjour complet au lit*, dans une chambre suffisamment aérée et à température moyenne; je recommande le silence autour du malade et les volets à peu près clos. Comme régime, le *lait*, s'il ne répugne au goût du malade, et si son estomac le tolère. Je prohibe le bouillon dans cette phase de l'affection. C'est aussi pour le choréique que le bouillon devient suivant l'expression de Gaucher, une véritable solution de poisons. Tous les jours, grands *lavements d'eau tiède avec borate de soude*, ce dernier médicament ayant une action modératrice sur la chorée, comme sur l'épilepsie. Ne pas insister si les lavements sont mal acceptés par les petits malades. Avant tout, ne pas livrer bataille pour n'importe

Digitized by Google

quelle partie du régime. Supprimons toutes les occasions de susciter les réflexes, quand nous cherchons, au contraire, à les modérer par un ensemble de moyens appropriés. Je commence souvent le traitement par une très légère *purgation*, soit un lait de magnésie, soit une prise de calomel.

Un peu plus loin, nous mettons le médecin en garde contre une cure trop hâtive par la gymnastique, l'hydrothérapie, les eaux minérales et principalement les bains de mer.

Si, sur les accessoires, nous sommes d'accord avec le Dr Comby, je m'élève avec énergie contre un traitement essentiellement dangereux et qui, s'il est capable d'amoindrir et abolir les réflexes, ne s'adresse en quoi que ce soit à une pathogénie quelconque de la chorée.

Sans même parler de sa toxicité immédiate, nous avons des raisons de croire à l'action, à longue portée, *rhumatogène*, de l'arsenic à haute dose. Notre pratique aux eaux thermales d'Ax nous a fourni des observations absolument péremptoires et nous en avons publié une absolument topique, à un moment où nous ne pensions nullement encore à l'effet nuisible d'un traitement arsenical chez les arthritiques. Certainement, c'est par une action secondaire *bradytrophique*, qui s'exerce d'abord sur l'appareil digestif et surtout sur le foie, dont l'arsenic comme le phosphore est un des ennemis les plus redoutables, que l'arsenic peut avoir cette influence *rhumatogène*. Il me suffit de signaler le fait pour qu'il soit constaté bien souvent quand l'attention aura été appelée sur ce point spécial.

Ce que je viens de dire ne m'empêchera pas de reconnaître, qu'à petites doses, et pour des cas bien déterminés, l'*arsenic* comme le fer, voire même comme le *sublimé*, pourra avoir un effet trophique incontestable. Si je repousse le traitement méthodique de la chorée par l'arsenic à hautes doses, je crois avoir employé avec avantage, dans les *queues* de chorée, les préparations arsenicales, mais l'arseniate de fer ou d'antimoine me paraît plus souvent indiqué que l'arseniate de soude lui-même et que surtout l'acide arsenieux.

Je réunis dans la même réprobation le traitement méthodique de la chorée par l'*antipyrine*. Cet agent dont également les innombrables méfaits ne se comptent plus, est un « trompe-l'œil » du thérapeute, comme l'appelle le Dr Huchard. C'est même ce qui a fait son succès dans le public. Dans les maladies infectieuses, dans l'influenza, en particulier, il a causé des désastres. Il ne fait que masquer le mal ; sans le moindre effet contre l'infection, il a sur l'organisme une action hyposthénisante détestable et augmente l'auto-intoxication. Avec lui, on s'endort dans une sécurité trompeuse, mais on côtoie le danger. Que penser de doses journalières de 4 et même de 8 grammes, donnés à de jeunes choréiques ? Le remède est pire que le mal, si le mal est ordinaire ; et beaucoup plus dangereux si l'on se trouve en présence de chorées vraiment irréductibles et avec lesquelles il faut savoir être modeste, en se contentant de faire pour le mieux.

J'arrive enfin au traitement de la chorée par le *salicylate* de soude, traitement dont je me suis fait le défenseur depuis près de vingt ans, qui a été surtout favorablement accueilli à l'étranger, mais qui cependant commence à obtenir ses lettres de naturalisation, puisque dans le *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, à l'article chorée, je lis ceci : On a préconisé l'administration de divers médicaments, parmi lesquels seuls, le salicylate de soude, l'arsenic et l'antipyrine rendent de réels services. Quand, dès 1879 (*Bull. de thér.*), le premier, je pense, j'annonçai les bons résultats obtenus dans la chorée avec le salicylate de soude, j'avais simplement étendu à une affection, considérée le plus souvent comme rhumatismale, une médication qui avait eu le succès, qu'il continue de mériter d'ailleurs, dans le rhumatisme articulaire aigu. De même que dans les sciences physiques, on a démontré l'équivalence des forces, en biologie, on doit aussi supposer des équivalents morbigènes en corrélation avec les équivalents morbides, d'ailleurs individuels et contingents et aussi des équivalents thérapeutiques susceptibles d'être utilisés dans les réactions diverses provoquées par des processus pathogènes communs. Si le même processus pathogène se traduit tantôt par une sensation douloureuse, tantôt par un mouvement désordonné, pourquoi le salicylate de soude susceptible de calmer une jointure douloureuse, ne serait-il pas apte à modérer un mouvement choréique ?

Quand j'appliquai, pour la première fois, la médication salicylée, étaient, pour ainsi dire, insoupçonnées dans leur processus latent, les maladies de la nutrition, comme celles par infection ou par auto-intoxication. Aujourd'hui, c'est parce que la pathogénie des maladies de la nutrition, comme celle des toxines et des septicémies est mieux connue, que je persiste à employer le salicylate de soude dans la chorée.

La médication salicylée, appliquée au traitement de la chorée et principalement le salicylate de soude, présente plusieurs avantages sur lesquels je veux revenir. Le salicylate exerce une action modératrice sur la substance grise centrale du bulbe et de la moelle (Vulpian). Cette action atteint autant la motricité que la sensibilité, et à ce point de vue spécial, son efficacité dans la chorée s'explique autant que celle de l'antipyrine par exemple. Mais ceci n'est qu'un des moindres côtés de l'action du salicylate, car le côté pathogénique de la maladie ne serait pas atteint. Modérer l'irritabilité du système nerveux exaltée par les toxines, c'est bien ; mais réduire la production des toxines réflexogènes, modifier leur qualité, rendre plus rapide leur élimination par les voies normales, c'est mieux. Les travaux de Robin et de bien d'autres ont démontré que le salicylate augmente l'élimination des déchets organiques. Le salicylate partage avec l'acide benzoïque et ses dérivés le grand avantage d'être des médicaments solubilisants. Il ouvre le rein et, avantage qui n'est pas moindre, il est le meilleur des cholagogues. Croyez que là est la clef véritable d'action des salicylés, non seulement dans

Digitized by Google

la chorée, mais encore dans d'autres modalités infectieuses ou toxihémiques : prurit diathésique, dermatoses, épanchements pleurétiques, phlébites, certaines glycosuries, certaines toux spasmodiques, etc. J'ai justement sous les yeux l'observation récemment publiée d'une femme, prise de tétanie à chaque reprise de colique hépatique. Ici, le lien pathogénique du tétanisme avec le foie est bien indiqué.

L'action des salicylés sur le foie a une portée d'autant plus étendue que l'on commence à débrouiller la grande importance du foie, comme organe de défense de l'organisme, et aussi comme *nosogène* : *Vena porta, porta malorum*, disaient les anciens. L'importance du foie, antiseptique ou infectieux, se surajoute à celle prise, depuis longtemps, par l'estomac, centre réflexogène par excellence. C'est dans ces foyers, en état de meiopragie, qu'il faut rechercher l'origine d'une multitude de processus morbides, en présence desquels l'anatomie pathologique avec ses localisations faisait constamment fausse route. Pendant longtemps, les troubles fonctionnels et statiques des viscères abdominaux ne furent même pas soupçonnés, pas plus que la toxinhémie qui s'ensuit. Celle-ci se répercute sur les autres appareils, donnant lieu à des manifestations morbides très variées. De ce point de départ bien compris et presque unique, doit dériver une thérapeutique vraiment pathogénique et efficace. Si, comme tant d'autres réactions morbides, la chorée est fonction de troubles nutritifs et d'une toxinhémie consécutive, toxinhémie qui, à l'instar de la strychnine, se localise sur certaines portions du système nerveux, c'est par une action exercée sur l'appareil digestif qu'on viendra surtout à bout de la maladie.

Trousseau avait appelé l'attention des cliniciens sur la constipation qui est la règle dans la chorée. Il faut tout d'abord *ouvrir l'intestin*, ce qui est encore la meilleure méthode de l'aseptiser et de couper les vivres à la toxinhémie. En Angleterre, les purgatifs dans la chorée ont été considérés comme le traitement le plus rationnel, et j'ai sous les yeux une vieille observation tirée du service de Baudelocque, à l'hôpital des Enfants-Malades, assez démonstrative. Un enfant avait été, depuis longtemps, traité d'une chorée intense, par une foule de médicaments. L'agitation, loin de céder, avait plutôt augmenté. Baudelocque, ayant appris qu'avant sa maladie, l'enfant était très sujet au dévoiement, le mit à l'usage des purgatifs ; une prompte guérison s'ensuivit. Avec quelques purgations par la magnésie ou le calomel, quelques lavements boratés et le régime lacté, l'antisepsie gastro-intestinale facilitant celle du foie, sera suffisamment assuree, sans adjonction de naphtol, bétol ou salol, et le salicylate de soude aura d'autant plus d'effet, sans même les quelques inconvénients qu'il offre quelquefois (intolérance gastrique, bourdonnements d'oreilles, surdité). Pour mémoire, je rappelle que la chorée a été traitée, non sans succès, avec le salol ; mais cet agent n'a guère d'autre avantage que d'assurer, peut-être un peu mieux, comme antiseptique, le pouvoir antitoxique du foie.

En plus que le salicylate de soude a une action plus certaine, mieux établie que le salol, sur la substance grise du bulbe et de la moelle, son effet sur la glande hépatique est tout au moins égal, sinon supérieur. Mais il a d'autres avantages que nous devons énumérer. Si l'on peut considérer les mouvements choréiques comme des décharges de toxines, dont le système nerveux a été l'accumulateur, cette exagération de la motilité engendre à son tour une toxhémie secondaire qui entraine une « autotyphisation », comme disait notre maître Peter. On ne saurait méconnaître que la chorée représente aussi un surmenage particulier. L'acidité totale de l'organisme s'élève en corrélation avec l'intensité et la prolongation des mouvements. La chorée ne serait-elle pas d'essence rhumatismale, ne peut-elle créer l'*état acide* que l'urologie constatera, avec bien d'autres points intéressants, quand les recherches en seront faites, comme pour l'hystérie et l'épilepsie ? L'hyperchlorhydrie est également fonction des mouvements choréiques, ainsi que l'hypertension vasculaire. Pour terminer les points de ressemblance avec l'évolution de la diathèse arthritique, je dirai que j'ai quelquefois observé de jeunes convalescents de chorée, présentant ce que j'appellerai la *neurasthénie post-choréique*. Or, la neurasthénie germe surtout sur le terrain arthritique.

Administré dans l'eau de Vichy, aromatisé au goût des malades, le salicylate de soude combiné au régime du lait, constitue un des meilleurs agents de saturation des acides de nouvelle formation comme des acides préexistants. En outre, il s'adresse à l'hyperchlorhydrie, et, vasodilatateur, il modère l'hypertension vasculaire résultant d'une exagération de mouvements. Il me semble que tout cela est suffisant pour justifier l'emploi d'une médication, dans laquelle il ne faut pas du reste négliger les accessoires indiqués plus haut. C'est sans doute pour n'avoir pas tenu compte de ce complément dans le traitement de la chorée, que certains médecins n'ont pas obtenu un effet assez sensible du seul salicylate.

Dans certaines chorées intenses, il est évident qu'à titre temporaire, quelques autres agents peuvent et doivent être employés. Nous nous sommes bien trouvé de la *belladone* en particulier. Stoll en avait autrefois recommandé l'emploi, à doses modérées, combiné au camphre et au castoreum. C'était une bonne pratique. Le professeur Pierret, de Lyon, a parfaitement établi que la belladone est un bon régulateur des décharges nerveuses, qu'elles soient provoquées par l'épilepsie ou par la chorée.

Il est clair que s'il faut assurer un certain repos aux choréiques qui n'en ont pas, il est très dangereux de tenir, comme on l'a fait, les jeunes malades constamment sous l'action du *bromure*, du *chloral* ou de la *morphine*, sous le fallacieux prétexte que le sommeil arrête les mouvements choréiques. A titre temporaire, et seulement dans l'hyperchorée, ces moyens peuvent être employés. Mais, nous persistons à considérer le traitement exclusif de la chorée

Digitized by Google

par le bromure ou le chloral comme aussi dangereux que celui par l'antipyrine, l'arsenic ou la strychnine.

En résumé, si le salicylate n'était pas toléré chez les enfants, ce qui est exceptionnel, nous préférerions encore, si l'antisepsie des voies digestives ne suffisait pas, revenir au traitement de Gillette, par l'*émétique*; seulement, nous modérerions les doses. Ce traitement, qui a donné des cures rapides, opérait parce qu'il coupait merveilleusement les vivres à la toxinhémie et à la réflectivité excessive des centres nerveux. C'est un bon exemple d'équivalent thérapeutique. Mais, comme il s'agit d'être surtout profitable au malade beaucoup plus que de le guérir très vite dans l'intérêt d'une statistique, d'ailleurs toujours chimérique, nous donnerions l'*antimoine*, à la façon des Anglais qui continuent à en faire un judicieux usage.

Quand on traite une maladie, il faut penser aux lendemains de cette maladie et à ses *sequelles* possibles, sinon probables. Il y aurait un assez joli chapitre à écrire sur les lendemains de maladies en y comprenant ceux des traitements médicaux ou chirurgicaux. Si nous prenons l'influenza, par exemple, et son traitement par l'antipyrine, dénoncé par Renault (de Lyon) comme le plus meurtrier, qui nous assurera que cette drogue n'est pas pour beaucoup dans la provocation et l'entretien des *sequelles*, par l'asthénie vasculaire et nerveuse dans laquelle l'antipyrine plonge le patient?

En terminant ce que j'avais à dire sur le traitement de la chorée, je rappellerai ce que j'écrivais déjà en 1890. Ne levez que peu à peu les consignes du traitement et du régime. Rendez la main successivement. Envoyez plutôt à la campagne qu'au gymnase et à l'hydrothérapie. Plus tard, bien des stations *thermales* seront utilisées, dans les Pyrénées, comme dans les Alpes et en Auvergne, mais je prohibe absolument les bains de mer dont on fait, depuis trop longtemps, un étrange abus dans la médecine infantile, pour bien des choses et même pour rien.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Traitement des cardiopathies dues à l'artério-sclérose.** — Un médecin allemand, Rumpf (de Hambourg) préconise un traitement assez singulier, destiné à réduire le plus possible la quantité des sels calcaires contenus dans les aliments et à favoriser leur élimination par les reins.

Voici le *régime alimentaire* qu'il propose chaque jour : 250 gr. de viande, 100 gr. de poisson, de pommes de terre, de pain et de pommes ; (que viennent faire ici, les pommes?) Celles-ci peuvent être remplacées par une même quantité de haricots verts ou de petits pois. Il faut proscrire le lait(!) le fromage, les œufs, les épinards et tous les aliments riches en principes calcaires. Pas d'eau gazeuse contenant des sels minéraux, mais de l'eau de source ou de puits préalablement bouillie pour en éliminer avec l'acide carbonique les sels de chaux que ce gaz tient en solution.

Comme *traitement médicamenteux*, on administre la potion suivante pour « augmenter la diurèse et l'élimination des composés calcaires » :

| | |
|---|---|
| Bicarbonate de soude | 10 grammes |
| Neutralisez avec : acide lactique | q. s. |

Puis, ajoutez :

| | |
|---|---|
| Acide lactique } | ãã 10 grammes |
| Sirop simple } | |
| Eau distillée | 180 — |

A prendre dans les 24 heures.

L'acide lactique augmenterait l'élimination des composés calcaires et la quantité d'urine, et Rumpf affirme que, sous l'influence de ce traitement, on voit s'amender les signes physiques de la dilatation et de l'asthénie cardiaques, la dyspnée, la cyanose, les œdèmes, et même les accès angineux ! Tout cela n'est que théorique, et nous rappelle le système, dit d'Œrtel, qui prétend augmenter la diurèse, en supprimant presque les boissons et le laitage, en faisant, en un mot, tout le contraire, de ce qu'enseigne la physiologie. Il y a des auteurs qui veulent faire du nouveau, et l'on voit qu'ils y réussissent. Mais ils n'ont même pas le mérite de l'invention, puisque dès le commencement du siècle, Barmes (de Montpellier) avait la prétention de dissoudre les concrétions calcaires avec l'acide phosphorique, puisque naguère on ajoutait foi à l'efficacité des agents dits « lithontriptiques », puisque Lacassagne et Gubler autrefois, croyant à l'action athéromigène de l'alimentation végétarienne, recommandaient l'alimentation carnée ! Donc, l'auteur allemand nous apprend, une fois de plus, qu'en médecine, « tout peut se dire et se soutenir », à la condition cependant que l'on ne confonde pas l'affirmation d'un fait avec sa démonstration, et que l'on n'encombre pas notre science de simples théories, sitôt mortes que nées. — D. R.

**Traitement de la stomatite aphteuse** (*Amades Levi*, de Venise).

1° Traitement local : 5 à 6 attouchements par jour avec un des collutoires suivants :

| | |
|---|---|
| Biborate de soude | 4 grammes |
| Teinture de myrrhe | 8 — |
| Sirop de mûres | 60 — |

| | |
|---|---|
| Biborate de soude | 4 grammes |
| Teinture de benjoin | 2 — |
| Eau distillée | 10 — |
| Sirop simple | 20 — |

| | |
|---|---|
| Phosphate de soude | 10 grammes |
| Eau de fleurs d'oranger | 25 — |
| Miel rosat | 50 — |

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 2 grammes |
| Alcool | 10 — |
| Glycérine | 20 — |

2° Potion dans les cas graves :

| | |
|---|---|
| Chlorate de potasse | 1 gramme |
| Eau distillée | 90 — |
| Sirop de framboises | 10 — |

Toutes les 2 heures, une cuillerée à café.

**Traitement des ulcères de jambe.** — Elden recommande tout d'abord une asepsie et une propreté minutieuses de la plaie, des cautérisations au nitrate d'argent suivies de pansements boriqués. Puis, quand l'ulcère commence à diminuer, les préparations à l'ichthyol ont sur lui une action très efficace.

On fait des pansements quotidiens avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Acide phénique | 2 grammes |
| Acide borique | 10 — |
| Camphre pulvérisé | 7,5 centigr. |
| Ichthyol | 20 grammes |
| Huile d'amandes douces | 9,5 centigr. |
| Onguent de zinc | 100 grammes |

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE INFANTILE

**Infections et intoxications digestives chez le nourrisson.** *(Gastro-entérites).* — Les affections intestinales tiennent la première place dans les maladies de la première enfance, car elles sont la cause de la moitié de la mortalité infantile avant le sevrage. Le dernier travail d'ensemble paru sur ce sujet mérite une attention particulière, car il est écrit par le Dr Lesage, dont les belles recherches personnelles ont beaucoup contribué à éclaircir la pathogénie de ce mal si redoutable. (*Traité des maladies de l'Enfance, tome II).*

La *pathogénie* est restée assez vague et confuse jusqu'au jour où la doctrine pastorienne a démontré l'origine infectieuse de ces affections digestives. Aujourd'hui toutes les maladies inflammatoires du tube digestif du nourrisson se résument dans une infection aiguë ou chronique : unité de cause et pluralité des symptômes cliniques. Depuis la simple diarrhée jusqu'aux formes graves de la maladie, il n'y a qu'une seule et même cause : l'infection digestive. Il y a toujours lésion de la muqueuse et il n'existe aucune différence anatomique entre la dyspepsie, le catarrhe et l'inflammation. Lesage et Tiercelin résument dans ces propositions les données de pathogénie et d'anatomie pathologique, que nous devons à la bactériologie.

Au point de vue *clinique* l'infection aiguë du tube digestif peut se présenter sous trois formes : tantôt avec les allures des maladies cholériques, tantôt avec tout le cortège des maladies infectieuses fébriles, tantôt sous la forme légère d'une diarrhée simple sans retentissement sur l'état général.

1° *Forme algide* (*choléra infantile*). — L'enfant est pris subitement de diarrhée séreuse, très abondante et quelquefois de vomissements, le corps se vide et perd en quelques heures jusqu'à 500 gr. de son poids. Le facies est grippé, le ventre en bateau, la température axilliaire marque 35°, 36°, les urines sont supprimées : c'est le tableau du choléra. La mort est presque fatale et survient souvent au bout de quelques heures.

2° *Forme fébrile* (*toxi-infectieuse de Marfan).* — La fièvre atteint vite 39°, 40°, les vomissements sont fréquents et abondants, la diarrhée est fétide, le ventre est ballonné. Cette forme dure quelques jours, se termine souvent par la mort, souvent aussi elle guérit, les rechutes sont fréquentes ; elle peut se transformer en forme algide, montrant ainsi l'unité de cause sous des aspects cliniques différents. Souvent elle passe à l'état chronique qui aboutit à l'athrepsie de Parrot.

3° La forme légère est caractérisée par des vomissements et de la diarrhée sans phénomènes généraux, la maladie reste locale, la température est normale, parfois on peut observer des accès de fièvre légers de courte durée (38°), Le seul retentissement sur l'état général est l'amaigrissement et la cessation de l'augmentation du poids du bébé.

Toutes ces formes de l'infection aiguë qui semblent différentes ont une origine commune : l'infection et l'intoxication digestives. La variabilité clinique tient à l'intensité variable de cette infection. Les diarrhées simples ne sont ainsi que des formes atténuées, des infections moins graves.

L'*étiologie* se résume dans l'emploi de *lait altéré* ; les recherches de Pasteur ont montré que la *fermentation* du lait est le point capital et que sa *constitution chimique* (excès de caséine pour les uns, excès de beurre, pour les autres) est secondaire. Si le lait reste exposé à l'air, il subit des fermentations qui sont cause des infections digestives aiguës. La chaleur tue les germes de cette fermentation ; un lait chauffé et mis à l'abri de l'air reste intact. De là est né le principe de la stérilisation du lait qui a causé une véritable révolution dans la pratique de l'allaitement artificiel. L'emploi du lait stérilisé a démontré combien l'on était fondé à attribuer à la fermentation du lait l'étiologie de l'infection digestive ; les seuls cas où on l'observe sont ceux où cette pratique n'a pas été mise en œuvre. Au point de vue de la *bactériologie* il n'y a pas un microbe unique de cette affection : le plus souvent, c'est le bactérium coli-commune que l'on trouve avec la même virulence dans le lait et dans les selles du petit malade On a rencontré aussi le tyrothrax, le streptocoque, le staphylocoque et même le bacille pyocyanique (Ardoin, Lesage, Tiercelin). Quel que soit le microbe pathogène, le tableau symptomatique est le même. Au point de vue pratique il faut retenir que c'est par le lait contaminé que les microbes pénètrent dans l'organisme et que nous avons, dans l'emploi du lait stérilisé, un moyen prophylactique sûr. Il faut aussi éviter la surcharge alimentaire qui favorise les fermentations intestinales.

Le Dr Lesage expose le *traitement* avec un soin minutieux, ce dont on ne saurait trop le féliciter, car le praticien y trouvera toutes les indications et applications logiquement déduites des données de la pathogénie nouvelle.

1° *Alimentation.* — L'enfant ne doit pas prendre de lait même s'il est au sein. Le lait est un excellent milieu de culture pour les microbes producteurs des infections digestives, l'absorption de ce liquide entretient l'infection. La diète hydrique s'impose : elle contrebalance l'effet des déperditions aqueuses, calme la soif, augmente la diurèse et l'élimination des poisons. Elle élève la pression sanguine, active les contractions du cœur et relève la force du pouls. L'eau est donnée à la température de la chambre, à discrétion, par cueillerées, toutes les 5 à 10 minutes, chaque fois que le nourisson a soif. « La soif, dit Henoch,

Digitized by Google

est tellement vive que les enfants épuisés entr'ouvrent avidement leurs lèvres desséchées en voyant briller la cuiller.» On donne ainsi un litre à un litre et demi d'eau bouillie pure ou additionnée de quelques gouttes d'eau-de-vie, de l'eau de Vals (Saint-Jean), de l'eau d'Alet (source communale).

La diète hydrique sera continuée un à deux jours ; on ne reviendra que progressivement à l'alimentation lactée alternant avec de l'eau et du bouillon de poulet fraîchement préparé et bien dégraissé.

Dans toutes les infections légères, la diète hydrique pendant un ou deux jours, puis le réglage des tétées, l'emploi du lait stérilisé, suffiront pour rétablir le cours normal de la digestion. Mais dès que l'infection est un peu forte, il faut parer aux indications suivantes : 1° combattre l'action des germes contenus dans le tube digestif en s'adressant aux médicaments dits antiseptiques ; 2° diminuer les pertes aqueuses intestinales en ayant recours aux médicaments astringents ; 3° favoriser mécaniquement l'élimination des microbes et des toxines par des lavages de l'estomac et de l'intestin.

1° *Antiseptiques.* — Chez le nourrisson, le meilleur moyen de pratiquer l'antisepsie de l'appareil digestif est de faire usage de purgatifs ( Gilbert et Dominici, Clopatt). Le calomel est le purgatif le meilleur ; on le donne à doses purgatives ou à doses filées. Si l'enfant a du tympanisme, de la diarrhée peu abondante, *fétide*, de la fièvre, le mieux est de faire usage des *doses purgatives* :

0,05 centigr. pendant les 3 premiers mois ;
0,10 centigr. de 3 à 12 mois ;
0,20 centigr. après 12 mois.

Si le ventre est mou, si la diarrhée est forte, *aqueuse*, s'il y a de la tendance à l'algidité, le mieux est d'avoir recours aux *doses filées :* 0 gr. 01 de calomel toutes les 2 heures pendant 12 heures.

Si des vomissements empêchent toute administration de purgatifs dans la bouche, donner le lavement suivant :

| | |
|---|---|
| Feuilles de séné..... | 2 grammes |
| Miel de mercuriale..... | 25 — |

Les médicaments antiseptiques proprement dits donnent peu de résultats. On peut essayer le benzo-naphtol qui, d'après Gilbert et Legendre, est le véritable antiseptique intestinal d'une toxicité faible.

| | Avant un an. | Après un an. |
|---|---|---|
| | — | — |
| Benzo-naphtol..... | 0 gr. 50 | 1 gr. |
| Salicylate de bismuth... | 1 gr. | 1 gr. 50 |

en 3 paquets, à prendre à jeun dans les 24 heures.

2° *Astringents.* — L'acide lactique, étudié par Hayem et Lesage en 1886, jouit de propriétés astringentes et antiseptiques et il n'est pas toxique, Lesage a pu faire absorber à des nourrissons 15 et 20 gr. par jour sans aucun accident ; il recommande de l'administrer de la façon suivante : Pendant une journée on ne donne que l'acide lactique et la diète hydrique. Toutes les demi-heures, une cuillerée à café avant un an et une cuillerée à soupe après un an de la solution suivante, *glacée* :

| | |
|---|---|
| Acide lactique..... | 3 grammes |
| Sirop de coings..... | 25 — |
| Eau distillée..... | 100 — |

Cette dose peut être employée quel que soit l'âge de l'enfant. Après 6 prises identiques, c'est-à-dire après 3 heures, on espace les doses à chaque heure, et cela pendant 8 à 10 heures. On recommence ensuite l'alimentation avec du bouillon, puis du lait, et il n'est pas utile de continuer l'acide lactique lors de la reprise de l'alimentation. L'action de ce médicament est bien *diminuée* si on continue concurremment l'alimentation qui doit être *supprimée*.

*Lavages de l'estomac et de l'intestin.* — Ces lavages ont pour but d'enlever mécaniquement du tube digestif les microbes et les toxines qui y sont contenus. Pour le *lavage de l'estomac* on se sert d'une sonde uréthrale (n° 30 de la filière Charrière) ; elle est enfoncée dans l'estomac de l'enfant avec une grande facilité, on met un entonnoir à l'extrémité libre et on verse 100 grammes d'eau bouillie. L'enfant rejette, par un effort de vomissement, cette eau ainsi introduite qui contient des débris alimentaires, du lait. On recommence à verser de l'eau à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle revienne claire. Ce lavage fait cesser rapidement les vomissements. Pour les *lavages de l'intestin*, on se sert d'un bock à injection d'une contenance d'un à deux litres, muni d'un long tube en caoutchouc et d'une sonde en caoutchouc de 20 à 30 centimètres du calibre du n° 25 de la filière Charrière. On remplit le bock d'eau bouillie ou d'eau salée à 7 pour 1000. On place le malade horizontalement, légèrement couché sur le côté droit de façon à mettre le cœcum dans une situation déclive. On introduit dans le rectum la sonde, qu'on enfonce à une profondeur de 15 à 20 centimètres ; on ferme hermétiquement l'anus avec les doigts et on laisse circuler l'eau. le bock élevé de 10 à 20 centimètres seulement au-dessus du plan du malade. L'eau s'écoule peu à peu, doucement, sous une faible pression. Quand toute la quantité d'eau a pénétré dans l'intestin, on retire la sonde et on laisse écouler le liquide. L'irrigation intestinale calme la soif, élève la tension vasculaire, car une partie de l'eau de lavage est absorbée.

*Traitement des phénomènes généraux.* — Le Dr Lesage montre tout le parti que le praticien peut tirer des *bains* et des *injections de sérum artificiel*. Les *bains* seront *froids* ou *chauds*, suivant l'état de fièvre ou d'algidité. Si la fièvre dépasse 38°5 : toutes les trois heures, bain à 27°, pendant cinq minutes. Si la température est à 40°, 41°, le bain sera à 25°, 22°. On cesse les bains dès que la température du soir est au-dessous de 38°5. S'il y a hypothermie et tendance à l'algidité : bain à 38° pendant cinq minutes. Outre leur action sur la température et l'état général, les bains provoquent une émission d'urine.

*Injections de sérum artificiel.* — Les *injections à doses massives* « nous paraissent être le meilleur traitement des

Digitized by Google

« diarrhées intenses, laissant loin derrière elles, comme « efficacité, les médications intestinales. Aussi dès qu'un « enfant est atteint d'une diarrhée abondante aqueuse « avec de la tendance au refroidissement, nous n'atten- « dons pas l'apparition du collapsus algide et nous prati- « quons tout de suite une injection de sérum, en même « temps que nous supprimons toute alimentation ». Les injections sont faites dans le tissu sous-cutané du ventre ou de la fesse. On pratique chaque jour 3 à 6 injections, de 30 centimètres cubes chacune, avec une des solutions suivantes :

| | |
|---|---|
| Chlorure de sodium..... | 7 grammes |
| Eau distillée stérilisée..... | 1 litre |

Ou le sérum artificiel de Hayem :

| | |
|---|---|
| Eau distillée stérilisée..... | 1 litre |
| Sulfate de soude..... | 10 grammes |
| Chlorure de sodium..... | 5 — |

L'*indication de ces injections* est *l'infection à type algide avec déperditions aqueuses abondantes*. Le but est de faire pénétrer dans la circulation une grande quantité de liquide pour parer à la déperdition intestinale ; l'effet stimulant est évident en augmentant l'activité de la circulation. Les *injections à petites doses répétées* ont des indications toutes différentes. Leur action tonique a été mis en relief par un grand nombre d'auteurs. Leur résultat est de relever la tension sanguine, de stimuler l'organisme dans le cas d'*amaigrissement, cachexie, atrophie du nourrisson* avec *diarrhée traînante, chronique*.

On pratique une à deux fois par jour des injections sous-cutanées avec la solution suivante, spéciale pour ces injections faibles, à la dose de 5 cent. cubes chaque fois :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique..... | ãã | 1 gramme |
| Chlorure de sodium..... | | |
| Phosphate de soude..... | | |
| Sulfate de soude..... | | |
| Eau distillée..... | | 100 — |

On ne doit pratiquer ces injections qu'en petit nombre et les cesser dès que l'effet stimulant est suffisant, dès que les fonctions s'accomplissent bien : digestions et augmentation de poids. Trop prolongées, elles déterminent de l'excitation et du surmenage lymphatique et, chez les enfants, en puissance de tuberculose, elles peuvent être suivies d'un réveil de la maladie latente. — Dr Carron de la Carrière.

## CHIRURGIE MILITAIRE

**Les blessures de marche.** — La fatigue est une des grandes maladies — car on peut l'appeler ainsi — du début de la vie militaire ; mais, parmi les divers éléments qui la constituent, il y a moins à tenir compte de la longueur des marches ou du poids que les jeunes soldats ont à supporter que des blessures qui se montrent si fréquemment au niveau des pieds et dont la cause principale se trouve être la formation d'un érythème bulleux, vulgairement d'une ampoule. Se crevant, laissant à découvert une plaie superficielle qui s'infecte au contact de la sueur, des souliers, des poussières de la route, elle ouvre une porte facile aux ulcérations, aux abcès, aux lymphangites, aux phlegmons, etc., accidents si communs chez les jeunes soldats, et « grâce auxquels, ainsi que le dit M. Coustan (*Aide-mémoire de chir. milit.*) les régiments sont rapidement encombrés de fourbus et d'éclopés, dont la présence peut compromettre, à certaines heures, l'action finale ».

Nous chercherons donc avec M. Coustan, quelle est l'étiologie des blessures de marche, et, la connaissant, il sera facile d'en instituer la prophylaxie et le traitement.

La *marche prolongée* est une des causes les plus ordinaires de la formation des ampoules ; elles se produisent à la suite des efforts que fait l'homme pour ramener en avant une ligne de gravité, qui s'obstine à tomber en arrière, et pour la maintenir sur une base de sustentation, elle-même mal assurée. Si elles siègent à un talon, elles n'empêchent pas la marche ; il n'en est plus de même, lorsqu'elles affectent les deux pieds et qu'elles siègent à un point d'appui aussi important que la racine du gros orteil. Ce traumatisme se reproduisant tous les jours pendant la marche, les frottements étant répétés et les soins de propreté moins faciles qu'en garnison, la lésion ne peut que s'accroître.

La *malpropreté* est un des grands vices du soldat en marche ; elle est en quelque sorte voulue. La plupart des hommes ont en effet entendu dire qu'on ne devait jamais faire d'ablution des pieds, pendant les marches de longue haleine, sous prétexte que cela les *attendrissait* ; les anciens leur ont recommandé de graisser leurs pieds avec du suif ou de casser deux œufs dans leurs souliers. Il arrive même à quelques-uns ne pas se déchausser, de peur de ne pouvoir réintroduire dans les souliers les pieds enflés par la fatigue.

Il faut ajouter à ces causes celle qui résulte des *chaussures vicieuses* ; l'usure du cuir, ses plicatures en travers provoquent les excoriations, la formation de cors, la déformation des doigts, le chevauchement et la déviation des orteils. C'est surtout au vice de la chaussure qu'il faudra remédier pour prévenir les différents troubles de la marche. Pour conserver aux orteils toute leur liberté de mouvements, l'extrémité antérieure de la semelle doit les dépasser de deux centimètres environ ; l'on empêchera ainsi le pied de s'engager au fond de la chaussure. Il n'est pas indifférent non plus de couper le cuir en n'importe quel sens ; on doit soigneusement en éviter le recroquevillement en faisant les parties latérales assez éloignées du bord du pied. Le *brodequin* est la meilleure chaussure de marche ; en battant le cuir, on doit chercher à produire une protubérance au niveau du gros orteil, qui, de cette façon, n'aura pas à se creuser lui-même une fossette, où il sera forcément à l'étroit sous l'influence de la fatigue ; l'empeigne doit être également plus bombée à la partie destinée à loger les orteils ; enfin,

Digitized by Google

pour empêcher le cuir d'être dur et cassant, sous l'influence du cirage, on aura recours à une graisse quelconque, par exemple à celle dont Tourainne (*Rev. de méd. milit.*, 1872) a donné la formule.

Il est nécessaire, en outre, que le soldat possède une chaussure de repos; les montagnards sont chaussés de l'*espadrille*, souple, à semelle plate, et s'adaptant bien aux mouvements du pied. En la faisant en toile imperméable, il est certain qu'on aurait une chaussure pratique, agréable à porter, et résistante aux jours de pluie.

En surveillant cet détails avant le départ des troupes, on rendra aux hommes des services incontestés. Ses ongles devront être coupés et les soins de propreté minutieusement exigés. Tandis qu'en hiver, on délivrera à chaque soldat deux chaussettes de laine, on leur donnera en été un simple *chausson de marche*, revenant fort bon marché, fait, par exemple, de vieux draps des hôpitaux, se lavant facilement, et qu'on peut enduire d'une pommade de pieds; les coutures devront en être fines et peu saillantes.

Arrivés à l'étape, les hommes feront de larges lotions savonneuses suivies ou non de frictions à l'alcool camphré et chausseront l'espadrille de repos, jusqu'au départ, où, après avoir graissé à nouveau les pieds à l'aide de la pommade en usage dans le régiment, ils se remettront en marche.

Quant aux ampoules, excoriations, etc., il suffira de les traiter antiseptiquement; l'ampoule percée, on appliquera sur l'épiderme une pommade salicylée; une simple bande de diachylon entourant les excoriations bénignes, et qu'on changera tous les deux jours, permettra la marche, tout en évitant la douleur. L. F.

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose.** — L'éther constitue un moyen puissant de soulager et même de guérir les accidents dyspnéiques dus à l'urémie. L'un de nous se sert de ce médicament pour les cas de ce genre depuis près de dix ans et réussit à arrêter, par lui, les accidents urémiques respiratoires les plus graves, à condition que les reins ne soient pas définitivement lésés, c'est-à-dire que l'urémie, due à la néphrite aiguë, à la congestion rénale aiguë, aux congestions rénales survenant au cours de la néphrite scléreuse, aux néphrites infectieuses, a les plus grandes chances de guérir par le traitement à l'éther. Seule, l'urémie, liée à la désorganisation lente du rein par l'artério-sclérose, ne cède pas à cette médication. Il en est de même, en général, des autres types d'urémie, soit comateuse, soit convulsive mais, de ce côté, nos tentatives sont restreintes.— Le traitement consiste à donner, de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, selon les cas, deux ou trois cuillerées à café d'éther dans un peu d'eau sucrée. Le mieux est de remplacer une partie de cette médication par des injections sous cutanées d'éther, et de donner, par exemple, toutes les trois heures, une injection de 2 ou 3 centimètres cubes d'éther, et, le reste du temps, l'éther par la bouche, comme nous venons de le dire. Nous en avons fait prendre à des malades 300 centimètres cubes et davantage, sans le moindre inconvénient, sans même noter de l'ivresse.

L'éther amène de la diurèse abondante, très notable dans les cas heureux; il relève le pouls et calme le spasme respiratoire. C'est un mode de traitement à mettre à côté de la saignée, sur le même plan qu'elle, par ses heureux résultats (Lemoine et Gallois, *Soc. biologie*).

**Traitement des douleurs de l'ataxie par le bleu de méthylène.** — A l'occasion de mes recherches sur le bleu de méthylène, j'ai expérimenté neuf fois ce produit contre les douleurs des ataxiques. — Dans deux cas, je n'ai obtenu aucune amélioration; dans les sept autres, j'ai eu cinq fois une grande diminution de l'intensité et de la fréquence des douleurs et deux fois une sédation complète et prolongée. — Les douleurs qui cèdent le plus vite sous l'action du bleu de méthylène sont les douleurs fulgurantes des membres et les douleurs en ceinture; celles qui résistent le plus sont les douleurs viscérales, surtout celles qui siègent à l'estomac ou au rectum; les douleurs vésicales disparaissent encore assez vite. Les deux malades, chez lesquels la médication a totalement échoué, présentaient des douleurs gastriques à l'exclusion de toutes autres. — L'effet du bleu de méthylène est très rapide et la diminution de la douleur survient deux ou trois heures après que l'urine est colorée en bleu; un autre avantage, c'est qu'il persiste pendant plusieurs jours après que le malade ne prend plus de bleu et même pendant plusieurs semaines. C'est donc, non seulement un calmant presque immédiat, mais encore un médicament qui améliore d'une façon durable. (G. Lemoine, *Soc. de biologie.*)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 29 juin 1897.*

M. Rendu communique une observation qu'il tient de M. *Brault*, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. Il s'agit d'un nouveau cas de paraplégie survenu au cours du traitement antirabique. Le malade dont parle cette observation n'a point de syphilis dans ses antécédents; il n'est point alcoolique, il n'a pas de stigmates d'hystérie. Vers le mois d'octobre de l'année précédente, un chien lui lèche la main; cette main porte une écorchure, le chien s'enfuit peu après, mord d'autres chiens, et n'est point retrouvé. Les chiens ne deviennent point enragés; il est bien probable qu'il ne s'agissait pas d'un cas de rage. Toutefois le malade, pour plus de sûreté, demande à subir le traitement pastorien. Le 3 novembre, la première injection est faite à Alger. Le 8 du même mois, après un bain prolongé, le malade est pris d'incontinence des matières

Digitized by Google

fécales, de douleurs en ceinture. Le 17, le malade tombe en essayant de se lever. Le 18, éruption scarlatiniforme. Le 21, paraplégie complète avec douleur spasmodique dans les membres atteints; il existe des troubles de la sensibilité, de la rétention d'urine, la température est à 38°. Le 26, la fièvre tombe, l'incontinence cesse, les mouvements réapparaissent; les troubles de la sensibilité se dissipent; on ne note plus de rétention vésicale. En somme, il s'agit là d'une observation semblable à celle observée à Necker. Il est inutile de répéter, à ce propos, l'argumentation déjà faite pour la précédente observation. Ce sont d'autres faits semblables qui permettront de faire la lumière.

M. Gérard-Marchand présente une malade atteinte d'un goitre exophtalmique chez laquelle on a pratiqué la section d'une portion du sympathique cervical.

Les accidents débutèrent au cours d'une grossesse au mois de mars de l'an dernier, et ce fut l'exophtalmie qui ouvrit la scène. En août, la tumeur thyroïdienne fit son apparition. Au mois de janvier, on constata un tremblement déjà assez marqué et de la faiblesse des membres inférieurs. L'exophtalmie était telle que les globes oculaires ne pouvaient être recouverts par les paupières. La tachycardie et les troubles viscéraux, d'une manière générale, étaient peu accentués. M. Gérard-Marchand rappelle les statistiques anglaises dressées à propos des opérations pratiquées sur le corps thyroïde. Le nombre de décès opératoires considérable, enregistré dans ces statistiques, n'est point encourageant. La résection du grand sympathique paraît moins dangereuse. On fit la résection du sympathique cervical et de son ganglion supérieur. L'opération fut rapide; cependant la reconnaissance du grand sympathique n'étant pas toujours commode; la découverte de son ganglion cervical facilita beaucoup la besogne. Au bout de quatre jours l'exophtalmie commençait à disparaître, ainsi que le goitre. Mais aujourd'hui les symptômes ont une tendance à se rencontrer, de sorte qu'on ne peut dire que cette section du sympathique ait amené la guérison.

Un incident intéressant se produisit au moment de la section du sympathique gauche. Il se fit, au même instant, une ecchymose à la conjonctive droite. On se souvient que MM. Dastre et Morat ont démontré que l'excitation du sympathique au-dessus du ganglion cervical supérieur produit de la vaso-dilatation du côté opposé — ne serait-ce pas par exagération de cette vaso-dilatation expérimentale que se serait produite cette ecchymose?

MM. Cornil et Carnot. — **Réparation des pertes de substances du foie par des blocs de fibrine.** — J'ai démontré que la fibrine est le premier moyen d'union entre les tissus divisés. Elle s'étale et bouche les orifices des vaisseaux. A sa surface, se développent des cellules à forme épithéliale. Si l'on introduit dans le péritoine d'un animal un fragment de fibrine aseptique, au bout de quelques jours ce fragment est rempli de globules blancs; de plus, il se forme à sa surface un revêtement de cellules endothéliales. Au bout d'une semaine, il existe des vaisseaux de nouvelle formation, et la masse elle-même se transforme en un tissu conjonctif.

Si, après avoir pratiqué une perte de substance analogue sur le foie d'un chien, on place un bloc de fibrine entre les lèvres de la plaie hépatique, des phénomènes analogues se passent.

Il est vraisemblable que les réparations de tissus s'effectuent toujours dans l'organisme par ce travail.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 25 juin 1897*

**Virulence du bacille de Lœffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphtérie.** — G. H. Lemoine (Val-de-Grâce). Dans 37 observations d'angine pseudo-membraneuse à bacille de Lœffler, le bacille diphtérique retiré des fausses membranes a été trouvé pathogène pour le cobaye 33 fois. Dans 29 de ces cas, il s'agissait d'angines présentant tous les caractères cliniques de l'angine diphtéritique. Les 4 autres se rapportent à des angines pseudo-membraneuses fort bénignes ne présentant pas de signes cliniques suffisants pour affirmer la nature diphtéritique de l'affection. L'expérimentation cependant est venue faire voir les qualités pathogènes du bacille de Lœffler retiré des fausses membranes; mais la virulence s'est montrée très atténuée expliquant par là même la bénignité de l'infection chez l'homme.

Quant aux 4 dernières observations, le bacille de Lœffler s'y est montré complètement dénué de virulence; l'examen clinique d'ailleurs faisait déjà prévoir qu'il ne s'agissait pas d'angine diphtéritique. L'une d'elles présenta les caractères typiques de l'angine herpétique.

Lorsque le bacille s'est montré doué de virulence, l'examen microscopique a fait voir qu'on se trouvait en présence de formes longues et moyennes. 4 fois seulement, il appartenait à la forme courte, mais dans ce cas, il s'est montré d'une virulence très atténuée tuant le cobaye du 8e au 11e jour.

On peut donc dire d'une façon générale qu'il y a concordance entre les résultats fournis par l'examen bactériologique et ceux donnés par la clinique en ce qui regarde la nature de l'angine diphtéritique. Il n'en est plus de même si on veut reposer sur l'examen bactériologique et sur l'expérimentation l'état de gravité de l'affection chez l'homme. Cela tient à ce que l'animal choisi comme réactif est d'une sensibilité extrême à l'infection diphtéritique; on pourra donc de ce fait observer chez l'homme des angines diphtéritiques légères ou de moyenne intensité, alors que le bacille se montre très pathogène pour l'espèce animale. D'autre part la contradiction existant entre les données bactériologiques et cliniques peut tenir ou bien au rôle d'associations microbiennes favorisantes, ou bien encore à certains états de l'organisme offrant au bacille un terrain de culture encore plus favorable que l'organisme animal.

Digitized by Google

La contradiction dans les faits n'est donc qu'apparente si on tient compte de ces derniers éléments.

Dans trois cas de diphtérie grave, en effet, le bacille diphtéritique se montra d'une virulence atténuée, mais l'étude bactériologique poussée plus loin démontra la virulence considérable du streptocoque du coli bacille. Pour d'autres observations il est rationnel d'admettre l'influence de l'organisme qui, là, comme dans toutes les maladies, doit jouer un rôle important.

Au point de vue pratique, on ne saurait donc baser sur l examen bactériologique, seul le diagnostic d'angine diphtéritique.

La présence exclusive de bacilles courts surtout paraît devoir imposer des réserves. Quant aux formes longues et moyennes, elles semblent bien être l'indice certain de la diphtérie. Mais qu'il s'agisse de formes longues, moyennes, et surtout courtes, il y a lieu de tenir compte du nombre des éléments trouvés, non seulement du nombre des colonies développées sur tube de sérum, mais encore de la quantité de bacilles entrant dans la constitution de la fausse membrane. Pour que l'examen donne un élément solide de diagnostic, il est nécessaire que cet examen porte non pas sur du mucus pharyngé ou sur le produit de grattage de la surface de la fausse membrane, comme on le pratique à l'aide d'une spatule, mais sur la fausse membrane elle-même détachée avec une pince et lavée au préalable dans un peu d'eau stérile. Par l'emploi de ce procédé, l'examen direct a donné des résultats concluants dans les observations rapportées et chez un malade ayant succombé à une strepto-diphtérie ; — cet examen avait permis d'affirmer l'association effective du streptocoque, association confirmée par des recherches ultérieures.

L'observation clinique reste donc le fondement du diagnostic de l'angine diphtéritique, elle seule peut indiquer le moment de l'intervention thérapeutique, la bactériologie reste chargée d'indiquer le mode d'intervention ; mais, si d'autres séries d'observations menées parallèlement avec l'étude de la virulence du bacille diphtéritique viennent confirmer les résultats obtenus ici, ce rôle de l'examen bactériologique restera secondaire en tant qu'indication de la nature de l'inspection, puisque, là où la clinique pose le diagnostic de diphtérie, le bacille de Lœffler est bien l'agent virulent de la maladie et puisque, de toutes manières, l'emploi du sérum s'impose lorsqu'on se trouve en face d'une angine diphtéritique clinique.

Les cas légers ou de moyenne intensité, qui souvent se présentent sous des formes variées et douteuses, rendent seuls le diagnostic bactériologique nécessaire.

Ici encore faudra-t-il que celui-ci tienne rigoureusement compte de la forme et de la confluence des éléments trouvés.

M. Barbier. L'intéressante communication de M. Lemoine soulève plusieurs points de l'histoire de la diphtérie. Lorsque l'on étudie la bactériologie des fausses membranes, on peut dire qu'il s'agit de diphtérie vraie quand on trouve des bacilles longs, enchevêtrés. Au contraire, les angines à bacilles courts prennent toujours une bénignité et n'ont que de lointains rapports avec la diphtérie, beaucoup plus grave, des angines à bacilles longs.

Les résultats obtenus par l'inoculation ne sont pas comparables chez l'homme et chez les animaux. Il est donc difficile de juger de la virulence de la diphtérie par cette méthode, car elle ne permet pas de juger des réceptivités particulières.

Quant aux angines, telles que les angines herpétique, pultacée, qui n'ont pas cliniquement l'aspect de la diphtérie, et dans lesquelles cependant on trouve le bacille de Lœffler, on peut dire qu'elles ne sont pas de nature diphtérique.

**Syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique avec insomnie et impuissance chez des diabétiques lévulosuriques.** — M. Marie rapporte les observations de deux diabétiques, tombés dans un état de mélancolie profonde, avec insomnie, idées de suicide et impuissance et rapidement guéris de leurs troubles mentaux par le régime antidiabétique. Il conclut à l'existence d'un syndrome caractérisé de la façon suivante :

Etat mélancolique avec prédominance des idées de ruine et tendance au suicide ; insomnies rebelles aux différents médicaments hypnotiques ; impuissance permanente ; peu ou pas de polydipsie, de polyphagie, de polyurie ; densité de l'urine normale ; réduction peu intense et avec coloration un peu différente de la liqueur cupropotassique ; présence dans l'urine d'une substance sucrée, déviant à gauche le plan de polarisation (lévulose) coexistant ou non avec de la dextrose ; rapidité de l'amélioration des troubles nerveux (en 2 ou 3 jours) et de la diminution ou de la suppression de la lévulose, sous l'influence de la suppression des hydrates de carbonne dans l'alimentation.

**Application de la méthode Rœntgen au diagnostic des affections thoraciques et en particulier au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire.** — MM. Béclère, Oudin et Barthélemy, après avoir montré que la radiographie décèle des anévrysmes de l'aorte inaccessibles à l'auscultation et à la percussion, présentent une nouvelle série d'épreuves radiographiques pour prouver que cette méthode n'est pas moins utile au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire.

Ce sont d'abord deux épreuves prises sur le même malade porteur d'un abondant épanchement de la plèvre gauche, avant et après la thoracenthèse. On voit nettement l'opacité de l'épanchement, la limite supérieure et le retour de la transparence du tissu pulmonaire après la ponction. En outre, les deux épreuves montrent que, chez ce malade, âgé de 66 ans, l'aorte thoracique à son union avec la crosse aortique est quelque peu dilatée et déborde à gauche de la colonne vertébrale, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, comme d'ailleurs le fait s'observe, à l'examen radioscopique, plus ou moins prononcé, chez la plupart des sujets dont les artères périphériques sont dures et sinueuses.

Une autre épreuve représente le thorax d'un enfant at-

Digitized by Google

teint d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et fait voir qu'en dehors d'un amas ganglionnaire rétrosternal, seul accessible aux moyens usuels d'exploration, il existe, profondément situés dans l'épaisseur des deux poumons, tout autour du hile, d'autres ganglions nombreux et volumineux, surtout à droite et qui, de ce côté, s'étendent le long des ramifications bronchiques. La radiographie précise et complète singulièrement le diagnostic.

Enfin la quatrième épreuve montre le thorax d'un tuberculeux, porteur d'un pyopneumothorax droit. La cavité pleurale remplie d'air est si transparente, surtout dans l'intervalle compris entre la base du poumon rétracté et la surface de l'épanchement purulent qu'à ce niveau on distingue nettement les corps vertébraux, leurs fibrocartilages et les articulations des côtes voisines. Une zone opaque limitée supérieurement par une ligne horizontale, correspond à l'épanchement purulent et remplit tout le sinus costo-diaphragmatique droit. Le poumon malade, diminué de volume et rétracté vers le hile, apparaît distinct avec des contours très précis ; on voit son sommet arrondi, son bord externe oblique en dehors, sa base quelque peu concave, on voit même une adhérence qui relie son sommet à la paroi, en un mot on mesure exactement son volume, sa forme, ses dimensions en hauteur, en largeur et la situation qu'il occupe dans la cavité thoracique. Il n'est pas douteux que des examens répétés du même malade permettront de mesurer toutes les variations de l'épanchement, tous les changements qui se produiront dans la forme et les dimensions du poumon. Si la perforation se cicatrise, et si, par suite de la résorption de l'air intra-pleural, le poumon se rapproche de la paroi, la radiographie le révélera avant l'auscultation. Le poumon gauche, considéré comme sain parce que l'auscultation n'y fait entendre que quelques râles de bronchite, apparaît sur l'épreuve radiographique tout parsemé, dans sa moitié supérieure, de taches sombres à certains endroits, c'est-à-dire tout infiltré de noyaux opaques aux rayons X. C'est donc qu'il est le siège de lésions tuberculeuses profondes et étendues. On voit ainsi l'utilité de la méthode Rœntgen pour le diagnostic précoce des infiltrations tuberculeuses inaccessibles aux autres modes d'exploration. Une dernière épreuve radiographique en apporte un nouveau témoignage : c'est le thorax d'une jeune fille soupçonnée de tuberculose, soigneusement examinée à deux reprises par M. Rendu et ne présentant que des signes incertains et fugaces d'auscultation, tandis que la radiographie montre le poumon droit opaque à son sommet et dans sa partie moyenne, c'est-à-dire profondément lésé.

Sans rien enlever de leur valeur aux autres modes d'exploration clinique, la méthode de Rœntgen confirme, précise, complète, parfois même corrige et rectifie le diagnostic des affections thoraciques.

**Purpura cachectique.** — MM. Hirtz et Bernheim rapportent deux cas de purpura observés l'un chez un malade en état de misère physiologique, l'autre chez un paludéen. Le premier, s'alimentant mal depuis des années et suivant une mauvaise hygiène, entra à l'hôpital dans un état de prostration extrême, et une émaciation très prononcée des masses musculaires. Sur les membres inférieurs et le scrotum existaient de vastes ecchymoses entourées de taches purpuriques et de l'œdème. Langue saburrale, vertiges, diarrhée, souffle anémique au cœur ; urines peu abondantes sans sucre, ni albumine. Diminution considérable du nombre des globules rouges, qui sont déformés, crénelés. Par un traitement, dont la strychnine et le protoxalate de fer ont fait les principaux frais, joint à un repos constant et à une alimentation appropriée, ce malade a guéri en un mois.

L'autre malade est un homme de 42 ans, qui contracta au Tonkin en 1880 la dysenterie et les fièvres paludéennes, entré à l'hôpital avec une anémie extrême, une teinte terreuse des téguments, des taches purpuriques sur la peau et les muqueuses. Ce malade succomba en ville à une épistaxis rebelle, due au purpura nasal. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 30 juin 1895*

**Occlusion intestinale, entéropexie.** — M. Perier rend compte de l'observation suivante de M. Villemin. Il s'agit d'une femme de 24 ans, qui eut dans son enfance une péritonite tuberculeuse. Le 11 octobre 1896, elle entra à l'hôpital, présentant des douleurs abdominales, des vomissements et une constipation opiniâtre. Le 19, elle offrait tous les signes de l'occlusion intestinale avec vomissements fécaloïdes. M. Villemin pratiqua ce même jour la laparotomie médiane et trouva tout d'abord une symphyse complète des anses grêles, accolées les unes aux autres par du tissu fibreux, tympanisées, mais peu congestionnées. En soulevant cette masse, il trouva dans la région cœcale une anse repliée sur elle-même en boucle, distendue par les gaz dans son bout supérieur, et affaissée par sa moitié inférieure. Il remarqua qu'en soulevant cette anse coudée, le cours des gaz se rétablissait, il lui fut dès lors facile de la vider, et, pour éviter cette coudure de l'intestin, il le fixa par des points de suture à la paroi abdominale. La malade guérit sans présenter de nouveaux accidents.

**De la fracture de la rotule.** — M. Poirier fait remarquer que la rotule est un os jamais semblable à lui-même, non seulement suivant les individus, mais encore suivant l'âge chez le même sujet. Dans la jeunesse, elle est formée de tissu compact ; dans l'âge mûr, son tissu devient aréolaire et friable. La suture convient surtout dans le jeune âge, lorsqu'il n'existe que deux fragments. A un âge plus avancé, lorsqu'il existe plusieurs fragments, le cerclage est l'opération de choix.

**Mastopexie.** — M. Pousson, de Bordeaux, communique l'observation d'une femme jeune, très adipeuse, présen-

Digitized by Google

tant des mamelles énormes, très hypertrophiées, descendant jusqu'aux plis de l'aine, et devenues le siège de violentes douleurs qui l'empêchaient de travailler et même de s'habiller. Pour remédier à cette difformité sans enlever les seins, M. Pousson tailla au-dessus d'eux un lambeau en forme de croissant aussi épais à sa superficie qu'à sa partie profonde qu'il enleva ; après avoir ainsi dégraissé la patiente, il sutura les glandes mammaires à l'aponévrose du grand pectoral, de façon à les relever, puis il ferma les plaies et obtint une réunion par première intention. La malade fut débarrassée de son infirmité et put se livrer à ses travaux habituels.

**Extirpation du cancer du rectum.** — M. Schwartz rapporte deux observations de cancers du rectum haut situés, enlevés par le procéde de M. Quenu. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 39 ans, cachectique, atteint d'un cancer rectal haut situé dont le bord supérieur était inaccessible au doigt et adhèrent à la prostate. Au mois de mars, il pratiqua d'abord un anus iliaque, puis, dix jours après, il extirpa sans difficulté l'extrémité inférieur du rectum et toute la moitié postérieure de la prostate. Quinze centimètres d'intestin furent ainsi enlevés.

Le mésocôlon fut fixé dans la place rectale. Le malade guérit parfaitement de cette intervention et depuis lors son poids a augmenté de 7 kilogs. L'anus iliaque fonctionne bien, est presque continent et M. Schwartz se demande s'il n'y aurait pas avantage à laisser le malade dans cette situation.

L'autre est un homme de 53 ans, atteint d'un cancer rectal ampullaire, légèrement adhérent à la prostate et extirpé en totalité par la même méthode, sur une longueur de 12 centimètres de rectum.

Le principal avantage de ce procédé est d'éviter l'infection du champ opératoire et de faciliter la réparation des plaies. En effet, le rectum, fermé au préalable par en bas, est extirpé comme une tumeur ordinaire ; le champ opératoire n'est donc pas souillé par les matières fécales septiques et la réparation se fait normalement.

M. Tillaux présente un homme guéri d'une pseudarthrose de l'humérus par l'enchevillement, et la suture des fragments, entourés ensuite de périoste frais de chien. — H. M.

## ACTUALITÉ

### Inauguration du nouveau service du Dr Pozzi à l'hôpital Broca

Le service de gynécologie de l'hôpital Broca était installé jusqu'ici dans des baraques en planches très défectueuses, qui avaient été destinées autrefois à durer deux ou trois ans et qui durent depuis quinze ans. Actuellement, il entre en possession de constructions neuves, économiques (briques et bois), mais parfaitement aménagées au point de vue de l'hygiène hospitalière. Le service ne sera entièrement fini qu'au printemps prochain. M. Pozzi a présidé lui-même aux améliorations, qu'on peut résumer ainsi :

1° *Chauffage à la vapeur*, ce qui supprime les poussières de chauffage avec les cheminées, usité dans presque tous les hôpitaux de Paris ;

2° *Eclairage électrique* : Suppression des odeurs et des dangers de l'éclairage au gaz ; celui-ci est conservé seulement pour les étuves. Une lampe électrique portative, placée de distance en distance entre les lits, permet d'examiner les malades le soir à une vive lumière,

3° *Ventilation méthodique*. Dans tous les hôpitaux, à une seule exception près, la ventilation a lieu par les fenêtres seules, ce qui rend le renouvellement de l'air intermittent à toutes les saisons et illusoire en hiver. Il faut — pour qu'une ventilation soit efficace — qu'elle soit constante et assurée par un appel d'air. C'est ce qui a lieu dans le nouveau service du Dr Pozzi, grâce à une roue à palettes, située dans les combles, qui est actionnée par un moteur électrique et qui attire l'air dans les salles. Cet air est puisé par des bouches extérieures, très haut au-dessus du sol (pour éviter les poussières et germes) et entre dans les salles au centre des *radiateurs*, où la vapeur chaude circule en hiver. L'air extérieur n'arrive donc pas froid. L'air vicié sort des bouches supérieures, grâce à l'appel constant créé par le moteur électrique.

4° *Chambres d'isolement* pour les malades récemment opérées, en nombre supérieur à celles qui existent dans les autres services. Le repos, le calme sont indispensables après les grandes opérations gynécologiques et abdominales.

5° *Décoration des salles* par des fresques (susceptibles d'être lavées) dans les salles ; des tableaux et des plantes dans les couloirs. L'hôpital cesse ainsi d'avoir l'aspect d'une prison. Les étrangers, et en particulier les Anglais, avaient depuis longtemps compris l'importance morale qu'il y a à égayer les regards des malades.

6° *Consultation externe* très active et parfaitement installée.

7° *Caisse de secours* pour les malades nécessiteuses et leur famille, permettant de soulager les misères accrues par la maladie. Visite des malades par des dames patronnesses de cette œuvre, distribution de vêtements aux femmes et à leurs enfants ; distribution de secours permettant le rapatriement des malades de province convalescentes, le paiement des loyers en retard, etc., etc. On s'occupe de placer les jeunes filles et de faire garder leurs enfants. — Fêtes périodiques avec distribution de cadeaux, vêtements ; musique, chants, etc., à la Noël et au 14 Juillet.

Cette œuvre est fondée depuis 1894 ; elle a, depuis lors, recueilli plus de 50.000 francs et distribué près de 20.000 fr. en quatre ans et demi. Une trentaine de mille francs forme actuellement le fonds de réserve de cette œuvre et assure son avenir.

Historique. — Le service de gynécologie de l'hôpital Broca est entièrement dû aux efforts persistants du Dr Pozzi. Avant sa nomination (1883) à l'hôpital Broca, alors hôpital de Lourcine, le service du chirurgien était simplement une infirmerie très peu active des vénériens de l'hôpital. Actuellement, c'est un des services les plus importants de Paris, celui où l'on pratique le plus de grandes opérations gynécologiques, et il a entièrement perdu (comme l'hôpital dont il dépend) tout caractère spécial. Maintenant on soigne dans les salles de médecine de Broca les maladies de la peau, et dans les salles de chirurgie, les maladies des femmes.

Nous sommes heureux de féliciter notre savant collaborateur et ami le Dr Pozzi des résultats obtenus, et cette séance d'inauguration comptera parmi les plus belles journées de sa vie, déjà si remplie par son activité infatigable, par ses travaux considérables, par son admirable *Traité de Gynécologie*, qui honore si hautement la chirurgie française, par son dévouement de tous les jours à la

Digitized by Google

science gynécologique, dont il est l'un des plus éminents représentants, non seulement dans notre pays, mais à l'étranger. D'autres succès l'attendent, et quand ils viendront, ils seront salués par tous comme la juste consécration d'une existence entière vouée si honorablement au travail et à la science. — H. H.

## BIBLIOGRAPHIE

**La pendaison, la strangulation, la suffocation et la submersion**, par M. Brouardel.

M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de médecine légale, vient de publier (librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue d'Hautefeuille) un travail sur la pendaison, la strangulation, la suffocation et la submersion, appelé à rendre les plus grands services aux médecins qui ont à s'occuper de médecine légale, en éclairant d'un jour nouveau tant de questions encore mal définies jusqu'à ce jour.

En s'inspirant des travaux de Casper, de Taylor, de Chaussier, de Devergie, d'Orfila, de Tardieu, en y ajoutant ce que sa longue expérience et son talent d'observateur savant et consciencieux lui ont appris, M. le professeur Brouardel a constitué une œuvre, qui peut être qualifiée de magistrale, dans le sens le plus absolu du mot.

Après une préface sur l'étude des asphyxies de cause mécanique, sur l'autopsie et la valeur des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques, — le livre de M. le professeur Brouardel comprend quatre parties bien distinctes : la première partie est consacrée à la pendaison et à toutes les questions qui s'y rattachent ; la seconde à la strangulation « à l'aide d'un lien, à la main » ; la troisième partie est consacrée à la suffocation et la quatrième, peut-être la plus importante, à la submersion.

De nombreuses observations et expertises médico-légales donnent un attrait tout particulier à la lecture de ce livre sur lequel nous aurons à revenir plus en détail et que nous ne faisons que signaler aujourd'hui.

Quarante-trois figures et trois planches en couleur intercalées dans le texte viennent encore augmenter l'intérêt que l'on a pris à la lecture des observations relatées. — Dr J. Yot.

**Thérapeutique du paludisme**, par F. Burot et M.-A. Legrand, médecins principaux de la marine (J.-B. Baillière).

MM. Burot et Legrand ont été à même d'observer, depuis vingt-cinq ans, le paludisme, sur les côtes de France et d'Algérie, puis au Sénégal, au Gabon et à la Guyane, en Océanie, en Cochinchine, au Tonkin, enfin à Madagascar. Leur premier objectif a été de déterminer, le plus rigoureusement possible, sous combien d'aspects différents la maladie s'offre à l'observation médicale. Ils étudient successivement l'accès paludéen simple, l'accès pernicieux, l'accès bilieux, la fièvre paludéenne rémittente, la fièvre paludéenne associée, le paludisme larvé et la cachexie palustre.

Pour chaque forme, les auteurs étudient l'âge, l'intensité de la manifestation morbide, l'état du sujet, du milieu ; puis ils donnent, pour chaque cas déterminé, le traitement le plus rationnel, pendant l'accès, dans l'intervalle des crises, puis pendant la convalescence. Enfin l'ouvrage se termine par la prophylaxie thérapeutique.

L'ouvrage de MM. Burot et Legrand rendra les plus grands services à tous les médecins des pays malariens.

*L'œuvre médico-chirurgicale.* Dr Critzman, directeur. N° 1 : De l'**appendicite**, par le Dr Legueu, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 brochure in-8°. 1 fr. 25 (chez Masson et Ce, éditeurs).

Le directeur de cette nouvelle collection scientifique a résolu de suppléer à la caducité qui frappe fatalement les traités classiques par la publication de courtes monographies, suivant la science pas à pas et mettant les questions nouvelles au point. Le premier fascicule paru est consacré à l'étude *de l'appendicite*, question toute d'actualité, et que nul ne pouvait mieux traiter que notre excellent maître et savant collaborateur, le Dr Legueu. Toutes les recherches nouvelles concernant ce sujet, la *pathogénie*, les *indications cliniques et thérapeutiques*, y sont traitées de la façon claire et précise que chacun se plaît à reconnaître à l'auteur. Loin d'être une œuvre de compilation, ce nouveau travail a permis à M. Legueu de nous faire part de ses idées personnelles et originales et — ce qui est mieux — de le faire d'une façon à la fois complète et succincte, ce qui n'est pas pour déplaire aux praticiens, désireux de connaître les progrès accomplis, mais que rebute souvent la longueur des travaux. — L. F.

**La technique des rayons X**, manuel opératoire de la radiographie et de la fluoroscopie, à l'usage des médecins, chirurgiens et amateurs de photographie, par Alexandre Hébert, préparateur à la Faculté de médecine, chez Carré, éditeur.

Cet ouvrage a pour but de permettre à tous ceux qui s'y intéressent de reproduire les expériences si curieuses qu'on peut exécuter par les rayons X ; l'auteur, en effet, décrit en détail tous les appareils et toutes les opérations nécessaires à effectuer pour obtenir les radiographies. A titre d'exemples, on trouvera dans ce livre une collection de belles épreuves dues aux savants qui se sont occupés de cette question.

La *Technique des rayons X* vise également à rendre service aux médecins ou chirurgiens qui seraient appelés à se servir des nouvelles radiations pour inspecter les parties profondes du corps humain ; un grand nombre d'applications sont données dans lesquelles la récente découverte a fourni les plus précieux renseignements. On se rendra d'ailleurs compte de l'esprit pratique qui a présidé à la rédaction de ce volume en prenant connaissance du résumé suivant de la table des matières :

1re partie : Le matériel. La source d'électricité, la bobine, le tube de Crookes, la glace et le châssis photographique. — 2e partie : Les opérations. Dispositions générales des expériences, développement des images et obtention des positifs, dispositif convenant à la fluoroscopie. — 3e partie : Les applications. Applications médicales et chirurgicales, applications diverses. — 4e partie : Un peu de théorie. Rayons cathodiques, rayons X.

## Nouveaux membres du comité de Rédaction

MM. Gilbert Ballet, Courtois-Suffit, Galliard et Pierre Marie, médecins des hôpitaux, Albarran, Chevalier et Lyot, chirurgiens des hôpitaux, doivent être ajoutés, à partir d'aujourd'hui, à la liste des membres du comité de Rédaction du *Journal des Praticiens*, ce qui porte à 61 le nombre des médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux de Paris faisant partie *activement* de notre Rédaction. (A ajouter comme *collaborateur*, M. Druault, interne des hôpitaux.)

Nos plus sincères remerciements à nos collègues pour le grand honneur qu'ils veulent bien nous faire. Pour cette année, la liste est close.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Traitement des adéno-phlegmons de l'angle de la mâchoire.

Par le Dr Arrou, *chirurgien des hôpitaux.*

Quand il s'agit du cou et qu'on n'a pas la pratique de la chirurgie, on est toujours timide. Il y a de quoi. Cependant on ne peut tout abandonner à la nature, surtout quand il s'agit d'un abcès, et que des décollements sont à craindre.

Pour les suppurations à l'angle de la mâchoire, il y a toujours moyen de se tirer d'affaire à son honneur. Il faut savoir ce qu'on a à faire et le savoir bien ; c'est un premier gage de succès.

Le diagnostic est fait, il s'agit bien d'un adéno-phlegmon, de cette bosse rouge, chaude, douloureuse, etc., qui semble une glande sous-maxillaire tuméfiée — alors, précisément, que la glande n'a rien, que les ganglions de sa loge sont seuls malades.

Deux questions se posent : Faut-il inciser ? Et comment ?

Il faut inciser s'il y a du pus, c'est évident. Mais reconnaître le moment où un ganglion enflammé est devenu purulent constitue une première difficulté. Elle n'est pas bien difficile à résoudre. Quand tout y est : rougeur, chaleur... et fluctuation, on est bien tranquille, il y a du pus. J'ajouterai qu'il y en a depuis longtemps, qu'on a beaucoup trop attendu, que le malade a déjà trop souffert, que la guérison sera trop lente, la cicatrice trop large. Il ne faut pas attendre que le flot de pus devienne perceptible sous la peau, car il y en a depuis longtemps dans le ganglion, avant qu'il y en ait autour. Et, pour reconnaître que le pus est formé dans le ganglion, on n'a qu'à se reporter à ce petit tableau de malade, très court, mais très-sûr : *notre homme a mal à la tête, il n'a pas dormi, la peau est œdémateuse.* Ces trois signes sont excellents. Notons toutefois que la céphalalgie et l'insomnie ont pu exister, pour disparaître ensuite ; mais alors notre abcès est déjà gros, il pointe et fluctue. Nous sommes déjà en retard pour opérer, hâtons-nous.

Nous voici donc à l'opération. On la ferait bien vite, et sans crainte, s'il n'y avait pas certain voisinage de carotide, de faciale, de linguale. Tout cela effraie quiconque a un peu oublié ses dissections.

Passons donc l'inspection de ces organes dangereux. De la carotide interne et de la jugulaire, pas un mot ; elles sont trop loin, vraiment, et ne risquent rien. Les nerfs ?... le bistouri n'en rencontrera pas. De même pour la linguale. C'est très profond, une linguale, très caché, très reculé. J'en appelle à ceux qui, jadis, la cherchaient en médecine opératoire, et effondraient le pharynx pour la trouver (car elle repose sur lui, tout à fait profondément). On ne la blesserait pas, même le voulût-on.

Restent carotide et faciale. Tournez la tête à droite et cherchez votre carotide gauche. Elle est en arrière de l'angle même de la mâchoire, en arrière du paquet de ganglions, en arrière, par conséquent, de l'abcès. Si vous n'allez pas fouiller avec votre pointe, délibérément, en arrière de l'angle, vous ne risquerez rien, absolument rien. Restons donc en avant de l'angle, si peu que ce soit, d'un demi-centimètre si on veut : cela suffit pour n'avoir rien à craindre de la carotide, la tête étant toujours tournée du côté opposé à celui où on opère. Ce détail — rotation de la tête — mérite d'être souligné, car il est très important.

La faciale est plus rapprochée, on peut l'atteindre si on ne sait pas où elle est ; ce ne serait pas un bien grand accident, mais il est facile de l'éviter. On peut la blesser en deux points. D'abord sur le bord de la mâchoire, quand elle apparaît juste en avant du masséter ; mais notre abcès est au-dessous de la mâchoire (voir le côté opposé pour s'orienter et prendre ses mesures), nous resterons donc au-sous du corps du maxillaire. On peut encore atteindre la faciale en un autre point, plus reculé, je veux dire juste au dessous de l'angle même de la mâchoire. Voilà une nouvelle raison, avec la carotide de tout à l'heure, pour éviter cet angle, et inciser en avant de lui.

Récapitulons ces différents points. Pas d'incision sur le corps du maxillaire (faciale). Pas d'incision en arrière de l'angle (carotide). Pas même d'incision sur la verticale abaissée de l'angle (faciale). Celui qui incisera à un centimètre au-dessous du corps de la mâchoire et à deux centimètres en avant de l'angle pourra opérer sans crainte. Il ne blessera rien. Il y a bien encore la veine faciale, mais ce n'est qu'une veine, sa blessure est innocente : d'ailleurs, on passera à côté en suivant scrupuleusement ce que j'ai dit plus haut.

Cela dit, procédons à notre petite opération. Malade couché, bien entendu, par crainte des syncopes. Tête appuyée sur un drap plié, non pas sur un oreiller, pour offrir un point d'appui solide. Face tournée du côté opposé, pour bien exposer la région et bien laisser la carotide en arrière. Un aide maintient la position de la tête. Incision verticale à UN CENTIMÈTRE au-dessous du corps du maxillaire, à DEUX CENTIMÈTRES en avant de l'angle, d'emblée jusqu'au pus, c'est à-dire profonde de deux centimètres environ. Il est inutile de la faire longue : une très petite voie (15 millimètres) suffit au drainage parfait. Si le pus jaillit, c'est bien. Sinon, le bistouri retiré est remplacé par la sonde cannelée qui débride à l'aveugle, c'est possible, mais ne blesse rien. Le pis qui puisse arriver, c'est qu'il ne sorte que du sang, pas de pus ; ce pus est seulement intra-ganglionnaire et se fera jour le soir, le lendemain. Après ouverture, un drain, assez gros pour entrer à frottement, enfoncé de deux centimètres, et fixé en place par une épingle de nourrice mise en travers. C'est par ce drain qu'il sera très utile de faire, matin et soir, un lavage avec une solution de choral à 4 pour 100, avec

Digitized by Google

la petite seringue urétrale (bouillie) par exemple. Bien entendu, pansement humide pendant les trois ou quatre premiers jours de la suppuration. Quand celle-ci commence à se tarir, on retire le drain, qui est remplacé par une petite mèche de gaze stérilisée trempée dans le sublimé au millième. Pansement sec — à la gaze naphtolée par exemple, pour éviter l'odeur de l'*iodoforme* — vers le sixième ou septième jour, quand il devient difficile d'introduire même une petite mèche.

Agissant ainsi, c'est-à-dire de bonne heure, on n'a qu'une toute petite cicatrice, dissimulée dans la barbe chez l'homme, cachée par la branche de la mâchoire chez la femme.

Reste la question de l'anesthésie. Ce qu'il y a de mieux, c'est la cocaïne à 1 pour 100. Avec une aiguille de Pravaz flambée on injecte deux ou trois centigrammes de solution dans la peau, tout à fait sous l'épiderme, le long de la future incision. Il n'est pas besoin d'attendre plus d'une minute, l'anesthésie est suffisante, et, avec une dose aussi insignifiante, on n'a rien à redouter.

Je finis sur une recommandation de pratique. La peau est rouge, très vasculaire, elle saigne beaucoup d'emblée. Il est donc bon, dès ouverture faite, et avant de mettre le drain, d'introduire une mèche de gaze humide, à frottement, dans la plaie. On fait un peu de compression sur la mèche, avec un tampon, et on attend quelques minutes. Alors, plus rien ne saigne, on retire la mèche, on met le drain, et tout est dit.

Voilà un ensemble de préceptes qui, sans doute, paraîtront minutieux ; il vaut encore mieux les observer, cependant, car on opère avec tranquillité et certitude d'être utile à son patient.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Traitement des urémies

Par M. le Dr Le Gendre,
*Médecin de l'hôpital Tenon.*

S'il était vrai qu'une science ne fût, comme on l'a dit, qu'une langue bien faite, il faudrait avouer que la pathologie n'est pas encore une vraie science, puisque nous nous contentons, dans notre langue courante, avec des mots dont la signification est aussi vague et aussi détournée du sens étymologique que le mot *urémie*.

Disons plutôt que c'est une science qui est en perpétuelle évolution. On n'en finirait donc pas s'il fallait renouveler le vocabulaire à chaque interprétation nouvelle des faits anciennement observés. Aussi gardons pieusement nos vieux mots traditionnels. Chaque génération en donne seulement une définition nouvelle.

L'urémie n'est plus, depuis longtemps, l'empoisonnement par l'urine, ni l'urée, mais par toutes sortes de poisons qui s'accumulent dans l'économie à la suite de l'insuffisance rénale.

Et voici que j'ai endossé la responsabilité d'une incorrection étymologique encore plus bizarre, en assumant la tâche de vous faire un rapport sur le traitement *des* urémies !

Pourquoi ce pluriel, au premier abord singulier, proposé par M. H. Huchard et auquel je me suis rallié sans protestation ?

L'emploi du pluriel me paraît d'abord légitimé par la multiplicité des poisons qui prennent part à l'intoxication dite urémique et qui peuvent agir les uns à l'exclusion des autres, la rétention ne se faisant pas également pour tous ; il est vraisemblable que la pluralité des formes cliniques dépend de la nature des poisons non éliminés, de la prédominance de tel ou tel (ptomaïnes ou toxines, créatine et extractifs ou sels de potasse, matières colorantes, etc., etc.).

Malheureusement, jusqu'ici, la pathologie expérimentale n'a pas réussi à expliquer l'aspect clinique par la nature des poisons mis en cause : formes convulsive ou comateuse, dyspnéique, arthralgique, gastro-intestinale, hypo ou hyperthermique, nous ne savons pas quel est la caractéristique chimique de chacun de ces syndromes.

On peut la soupçonner, il est vrai, d'après les recherches physiologiques de M. Bouchard, puisqu'il a prouvé qu'il existe dans l'urine normale sept substances toxiques ; outre une substance diurétique, l'urée, il y a des poisons convulsivants, un narcotique, une substance qui provoque la salivation, une qui fait contracter la pupille, une qui produit l'hypothermie. Et, à l'état pathologique, il y en a encore bien d'autres, notamment des hyperthermisantes.

Mais ce sont là des notions encore trop vagues pour nous conduire à quelque conclusion thérapeutique et pour nous suggérer l'emploi de tel ou tel contre-poison suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Le pluriel me semble encore justifiable par la considération des causes diverses qui peuvent aboutir à l'intoxication par insuffisance rénale : néphrites aiguës des maladies infectieuses, néphrites chroniques par intoxications ou diathèse, congestion et œdème des reins par affaiblissement du cœur ou par altération de tout le système artériel, etc. Ici, la variabilité des causes capables d'amener l'urémie peut avoir quelque influence sur l'institution de certaines mesures prophylactiques ou thérapeutiques, surtout dans la période où l'urémie est seulement menaçante ou esquissée. Car, lorsque le rein est devenu tout à fait insuffisant, quelle que soit la cause de cette insuffisance, la thérapeutique devient uniforme pour tous les cas.

### II

Mais parlons d'abord de l'urémie générale.

Pour instituer une thérapeutique logique de l'urémie, il faut avoir une opinion aussi ferme que possible sur sa pathogénie. Vous n'ignorez pas que les théories principales qui ont été proposées sont les suivantes : une seule est d'ordre mécanique, celle de Traube, qui invoquait

Digitized by Google

l'œdème cérébral; toutes les autres sont d'ordre chimique et ont admis un empoisonnement. Le poison était, pour Wilson, l'urée; pour Frerichs et Treitz, l'ammoniaque, avec cette différence que le premier croyait à la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang (ammoniémie) sous l'influence d'un ferment, tandis que le second admettait la résorption du carbonate d'ammoniaque dans le tube digestif. Pour Schottin, Voit, Chalvet, les poisons sont : la créatine, la créatinine et le groupe des matières extractives ; pour Feltz et Ritter, ce sont les sels de potasse; pour Thudicum, les matières colorantes des pigments; enfin, M. Bouchard a démontré expérimentalement que, parmi les substances incriminées par ses prédécesseurs, il en est une qui n'est pas toxique, l'urée, et que si toutes les autres sont effectivement toxiques, aucune ne l'est assez pour produire à elle seule l'empoisonnement; sa conclusion est que l'urémie est une intoxication par l'ensemble de tous les poisons que l'urine entraîne chaque jour à l'état normal et qui s'accumulent dans l'organisme lorsque le rein ne fonctionne plus. Ces poisons, ce ne sont pas seulement ceux que les auteurs des théories antérieures ont signalés, ce sont, à l'état normal, tous les poisons qui sont chaque jour introduits dans le corps sous la forme d'aliments, ceux qui sont formés dans le tube digestif par les transformations digestives et par les microbes saprophytes qui y vivent en parasites, ceux qui prennent naissance au sein des tissus par le processus de désassimilation et, à l'état pathologique, il faut y ajouter les poisons fabriqués par les microbes pathogènes.

Les sources de poisons sont donc multiples ; la plupart sont constantes et physiologiques, d'autres pathologiques et variables ; l'urémie est un empoisonnement complexe. On peut donc dire, avec M. Huchard : il y a *des* urémies.

Notre éminent collègue estime, en effet, qu'on pourra peut-être démembrer l'intoxication urémique complexe telle qu'elle a été synthétisée, en quelque sorte, par M. Bouchard. Ce n'est qu'à la dernière période de la plupart des intoxications urémiques qu'il y aurait lieu d'admettre « l'intoxication par *tous* les poisons qui, normalement introduits ou formés dans l'organisme, auraient dû s éliminer par la voie rénale, et en sont empêchés par l'imperméabilité des reins », suivant la définition de M. Bouchard. — « Mais, au début, ajoute M. Huchard, dans certaines formes d'intoxication urémique, l'agent de celle-ci peut être unique ; il ne s'agit pas d'urémie à proprement parler, mais d'une *ptomaïnémie* d'origine alimentaire. Cet empoisonnement se révèle d'ordinaire par une dyspnée qu'on peut faire cesser en quelques jours par l'emploi du régime lacté exclusif et faire réapparaître par la prescription du régime carné et même du régime végétarien. Cet empoisonnement ptomaïnique, fréquent dans les cardiopathies artérielles tombées en hyposystolie, n'est qu une petite urémie prémonitoire de la grande ».

Quoi qu'il en soit, en attendant que la chimie ait réussi à isoler les multiples poisons d'origine alimentaire, cellulaire ou microbienne, qui peuvent jouer un rôle dans l'urémie et que l'observation clinique éclairée par l expérimentation ait permis de déterminer à quelle catégorie de poison est imputable tel ou tel des syndromes urémiques, nous devons nous efforcer de combattre en bloc tous les poisons, c'est-à-dire d'en tarir autant que possible les sources, de les détruire ou au moins d'aider l'organisme à les détruire et de favoriser leur élimination.

III

Mais, avant d'aborder l'énumération des procédés thérapeutiqnes que nous pouvons employer pour combattre l'intoxication par insuffisance rénale, il nous faut encore mettre en lumière un côté du problème pathogénique ; c'est l'étude des circonstances qui rendent le rein insuffisant. Car, si l'urémie n'éclatait jamais que quand les deux reins sont complètement anéantis, cet état morbide serait aussi exceptionnel qu'il est en réalité fréquent.

Si nous mettons à part l'anurie par obstruction calculeuse des deux uretères, la néphrectomie faite chez un sujet qui n'a qu'un rein, nous constatons que les individus qui succombent à l'urémie par néphrite aiguë ou chronique ne présentent que rarement des lésions ayant détruit de façon irrémédiable tous les glomérules et tous les tubes urinifères ; le plus souvent la cause de l'impuissance rapide du rein est d'ordre vaso-moteur ; c'est un coup de congestion ou d'œdème aigu congestif qui est venu annihiler les fonctions glomérulaire et tubulique, suivant un mécanisme dont la connaissance est due au professeur J. Renaut (de Lyon), c'est-à-dire en fermant par compression ou contre-pression la porte d'entrée du sang artériel dans les glomérules et la porte de sortie de l'urine excrétée par les tubes de Bellini. Il est vrai que cet œdème congestif, qui vient annuler ainsi mécaniquement la portion sécrétante du lobule rénal, est lui-même le résultat de l'action d'un poison sur le système moteur vasculaire rénal d'une part et sur le système moteur vasculaire général de l'autre ; dans beaucoup de néphrites aiguës, dont le type principal est la scarlatineuse, ce sont les toxines spécifiques du microbe pathogène qui agissent ainsi ; dans les états chroniques (formes diverses du mal de Bright), l'action congestive sur le rein est déterminée par l'accumulation lente des toxines retenues par le filtre insuffisant.

IV

En prenant pour base la pathogénie que nous venons d'exposer, nous pouvons classer les moyens thérapeutiques qui ont été proposés contre l'urémie, suivant qu'ils visent : — à diminuer la quantité des poisons qui tendent à s'accumuler dans l'organisme quand le rein ne suffit plus à sa tâche, soit en restreignant leur formation, soit en aidant l'organisme à les détruire quand ils sont formés — à favoriser leur élimination par les divers émonctoires — ou même à les extraire directement du sang, — enfin à

Digitized by Google

combattre leurs effets nocifs au fur et à mesure qu'ils se manifestent :

1° *Moyens tendant à restreindre la formation des poisons et à les détruire.* — Les poisons qui peuvent prendre part à l'intoxication dite urémique sont fournis par l'alimentation, par les fermentations putrides qui s'accomplissent au sein du tube digestif, par la résorption d'une partie de la sécrétion biliaire, par la désassimilation des cellules de l'organisme.

Pour restreindre autant que possible l'apport de poisons par l'alimentation, le meilleur moyen, de l'avis unanime, est l'usage du *lait* comme aliment exclusif, à la condition cependant que la quantité du lait ingérée ne soit pas supérieure à celle que peut digérer le malade ; si cette quantité est dépassée, l'excès de lait fournit lui-même une matière fermentescible aux microbes intestinaux. Il est rare que plus de trois litres par vingt-quatre heures soient vraiment digérés. Il ne faut pas non plus que le lait soit rendu indigeste par une trop grande richesse en matières grasses (il est souvent nécessaire de le donner écrémé) ou par une intolérance spéciale au malade : il y a des personnes qui éprouvent pour le lait un tel dégoût qu'elles ne tardent pas à le vomir, il y en a d'autres qui, le prenant sans répugnance, n'arrivent pourtant pas à le digérer par absence de fermentables ou autres causes qui nous échappent. De là naissent des difficultés particulières dans le traitement de certains urémiques ; l'ingéniosité du médecin, son influence sur le patient arriveront souvent, mais non toujours malheureusement, à en triompher.

Si on ne réussit pas à obtenir le régime lacté exclusif dans le cas d'urémie menaçante, on devra du moins écarter le plus possible de l'alimentation les substances capables de donner naissance aux produits de décomposition les plus toxiques (viandes et volailles, gibier, poissons, extraits et poudres de viandes, fromages fermentés). Quelques médecins ont accusé M. E. Gaucher d'avoir exagéré l'influence nuisible du bouillon ; on a même ri de l'expression « solution du poison ». Il n'y a cependant pas à s'étonner qu'un liquide, dont un litre peut tenir en dissolution la presque totalité des matières extractives de 400 grammes de viande bouillie et notamment 0 gr, 80 de créatine, puisse contribuer à aggraver l'intoxication chez des urémiques aux dernières périodes, au moment où aucune faute n'est à commettre (Gaucher et Gallois).

Pour diminuer les fermentations gastro-intestinales, on s'efforcera d'obtenir une digestion aussi parfaite que possible par la réglementation des heures et de l'abondance des repas, par l'évacuation régulière du contenu de l'intestin. Les *purgatifs* et les *grands lavements* sont des plus utiles à ce point de vue, comme à d'autres qui seront exposés plus loin.

Ici se place la question de l'*antisepsie intestinale*. On a dit qu'il était impossible de l'obtenir d'une façon absolue et que, par conséquent, il était inutile de l'entreprendre, qu'on ne pouvait anéantir les microbes innombrables qui vivent dans l'intestin, que d'ailleurs, si on y réussissait, on entraverait même toute digestion. Ces critiques sont empreintes d'une grande exagération. Jamais il n'a été question de stériliser l'intestin en empêchant tout microbe d'y vivre, mais il peut y avoir un intérêt réel à entraver la pullulation de ces microbes, à rendre leurs sécrétions moins actives, et c'est à quoi il ne me paraît pas contestable qu'on est arrivé quand on a prouvé que les urines émises par des sujets, prenant du *naphtol* α ou β (2 grammes), du *benzonaphtol* (4 grammes), associés au *charbon*, d'une manière convenable, à doses suffisantes réfractées et suffisamment rapprochées, perdaient une part de leur toxité. Envisagée de cette façon et malgré les critiques passionnées qu'elle a soulevées, l'antisepsie intestinale continuera à rendre des services à ceux qui sauront l'employer dans cet état morbide où aucune ressource, même accessoire, n'est à dédaigner. Ces moyens ne peuvent être utilisés d'une manière indéfinie, mais peuvent apporter un appoint utile dans les périodes critiques.

La diminution de la quantité des poisons issus de la désassimilation peut être obtenue par une suractivité imprimée aux oxydations interstitielles : les stimulations de la peau par les frictions, les procédés hydrothérapiques, vie dans un air très pur et sans cesse renouvelé, les inhalations d'oxygène ou d'air comprimé répondent à cette indication.

Le foie, organe destructeur de poisons, peut être activé dans son fonctionnement par l'usage fréquent des sels neutres, par l'ingestion d'une certaine quantité de sucre, qui favorise la fonction antitoxique de la cellule hépatique.

M. Dieulafoy, supposant par déduction des recherches de Brown-Séquard et d'Arsonval, que le parenchyme rénal pouvait avoir quelque sécrétion interne antitoxique, avait proposé d'introduire dans l'organisme des urémiques dont le rein est altéré profondément, de l'extrait de tissu rénal ou *néphrine*. Nous ne pensons pas qu'on l'ait suivi dans cette voie.

2° *Moyens tendant à activer l'élimination des poissons.* — C'est sur ce terrain que les plus grands efforts ont toujours été tentés ; mais, parmi les multiples moyens proposés, tous ne sont pas également dignes de confiance, et dans le choix à faire on doit se guider d'après les causes probables des accidents urémiques dans chaque cas particulier. Ainsi, pour préciser, on ne peut compter réussir avec les mêmes moyens diurétiques chez les malades atteints d'urémie par glomérulo-néphrite scarlatineuse aiguë, chez ceux qui ont une insuffisance rénale par suite d'asystolie cardiaque, chez les goutteux artério-scléreux. Les médicaments qui produisent la diurèse par action directe sur l'épithélium rénal, ceux qui l'amènent en élevant la pression artérielle ou en rendant plus énergiques les contractions cardiaques ne conviennent pas aux mêmes cas, et c'est en s'appuyant sur les actions connues de la

Digitized by Google

*scille* de la *caféine* ou de la *digitale* qu'on se déterminera pour tel ou tel agent.

Dans les cas où l'entrave apportée à la fonction rénale peut être attribuée au mécanisme de l'œdème congestif de Renaut on se rappellera que l'indication fondamentale est de décongestionner le rein ; que la circulation veineuse de cet organe communique avec celle de l'atmosphère adipeuse et par l'intermédiaire de celle-ci avec les réseaux sanguins sous-cutanés et cutanés du triangle de J.-L. Petit, et qu'en appliquant à ce niveau quelques sangsues (4 ou 5 de chaque côté chez l'adulte, 1, 2 ou 3 chez les enfants suivant leur âge); on peut agir directement sur la congestion rénale. Après une énergique action de ce genre, on peut espérer beaucoup plus de l'emploi des diurétiques.

Le premier des diurétiques étant l'eau, c'est aux boissons aqueuses abondantes et au lait écrémé qu'on a d'abord recours. Mais, dans les cas où l'intolérance gastrique entrave l'ingestion des boissons, on aura très utilement recours à l'emploi des lavements abondants ou multipliés. Les uns préconisent, comme M. Huchard, l'*entéroclyse*, c'est-à-dire l'introduction de 2 à 3 litres d'eau légèrement chlorurée de 37 à 40 degrés sous une pression de 30 à 40 centimètres, le malade étant dans le décubitus latéral droit. D'autres préfèrent les petits lavements d'eau pure froide, qui favorisent la diurèse par un réflexe vaso-moteur sur les vaisseaux sanguins de l'intestin. On peut encore utiliser pour introduire de l'eau dans le circuit sanguin, les injections hypodermiques de *solution saline* au titre physiologique (dite sérum artificiel) et les injections intra-veineuses. Nous aurons à revenir sur celles-ci tout à l'heure.

Dès qu'on a connu les dangers d'intoxication que fait courir à l'économie l'insuffisance de l'excrétion urinaire, on a songé à utiliser pour suppléer à celle-ci les autres grands émonctoires, en particulier la peau et l'intestin. Les diaphorétiques (*bains de vapeur*, *jaborandi*), mais les purgatifs salins ou drastiques ont joui d'une grande vogue, et les critiques qui ont été formulées contre les médicaments de cet ordre méritent d'être prises en grande considération. Les sudations et les diarrhées profuses diminuent toujours la quantité des urines; or l'analyse chimique comparative des sécrétions rénale, sudorale et intestinale, a démontré que, pour une même quantité d'eau elles sont bien loin d'entraîner la même quantité de substances minérales ou organiques, de poisons. On a reproché encore aux sudations et à la diarrhée d'abaisser notablement la pression sanguine qu'il est si nécessaire de maintenir à un taux au moins normal au point de vue de la diurèse et, en déshydratant le sang, de concentrer les principes toxiques qu'il renferme. Ces reproches tombent surtout sur les diaphorétiques, dont il faudra réserver l'emploi aux cas où on n'aura pu réussir à activer la sécrétion urinaire.

La *pilocarpine*, médicament dangereux en ce qu'il peut produire des congestions, du collapsus, des vomissements, des hématuries, ne peut être employée qu'avec une extrême prudence par voie gastrique ou sous-cutanée. H. Mollière (de Lyon) a fait connaître un mode d'emploi de la pilocarpine en applications externes sur les parois thoraciques qui peut produire de la sudation locale sans exposer aux accidents toxiques précités.

Quant aux *purgatifs*, administrés d'une façon intermittente, ils offrent l'avantage de contribuer à l'antisepsie intestinale avec les lavements. Les drastiques sont les purgatifs de choix ; les inconvénients qu'ils présentent, de raréfier les urines en détournant par l'intestin une partie de l'eau destinée à s'éliminer par le rein et de concentrer les poisons dans le sang en le déshydratant, peuvent être évités si on a soin de fournir parallèlement au malade des boissons abondantes.

On remplit souvent les principales indications en associant les diurétiques et les drastiques, comme le fait M. Lancereaux dans une formule de pilules excellentes (scille, digitale, scammonée).

3° *Moyens d'extraire directement les poisons du sang.* — Ici se placent les moyens héroïques, ceux qui font merveille dans certaines circonstances, mais dont il faut savoir saisir l'opportunité ; car on ne peut guère les mettre en œuvre plus d'une fois : je veux parler de la saignée et de l'injection intra-veineuse de sérum artificiel ou lavage du sang.

L'accord est unanime sur les effets excellents de la phlébotomie dans certains cas d'urémie : elle triomphe surtout dans les cas d'intoxication rapide par suite de néphrite scarlatineuse ou de congestion aiguë. La clinique avait dès longtemps prouvé l'efficacité de la saignée dans l'éclampsie; l'expérimentation explique ces succès, puisque 32 grammes de sang entraînent autant de poisons que 280 grammes de liquide diarrhéique et que 100 litres de sueur (Bouchard). Une saignée copieuse, 300 à 500 gr., suivant la force présumée du malade et la gravité des accidents, est préférable aux petites saignées plusieurs fois répétées.

Chez les enfants ou les individus faibles, les sangsues sur la région lombaire, aux apophyses mastoïdes ou à l'anus, seront préférables à la phlébotomie.

M. Dieulafoy a essayé, il y a quelques années, la transfusion du sang, mais il ne semble pas que son exemple ait été imité.

Depuis que les injections intra-veineuses de sérum ont été employées avec succès dans le choléra par M. Hayem, bon nombre de médecins et de chirurgiens les ont essayées contre diverses infections septicémiques et intoxications : par cette pratique on s'est efforcé de réaliser le *lavage du sang* (Sahli Bosc).

On a ensuite fait précéder l'injection du sérum d'une petite saignée : c'est la *saignée-transfusion* (Richardière).

Enfin, on a pratiqué parallèlement la sonstraction du

Digitized by Google

sang et la transfusion du sérum; c'est le procédé que M. Barré préconise sous le nom de *désintoxication du sang*. Ce dernier procédé, dont l'auteur vous a parlé dans une communication faite le 27 mai dernier, consiste à retirer de la veine d'un bras une certaine quantité de sang par une ponction aspiratrice avec l'appareil Potain et à injecter *en même temps* dans une veine de l'autre bras une égale quantité de sérum artificiel stérilisé, ou même, pour simplifier le mode opératoire, à faire en même temps une application de sangsues à la partie interne des cuisses et une injection sous-cutanée de sérum.

Par ces divers moyens, des succès remarquables ont été obtenus dans des cas d'anurie et, suivant les circonstances, on pourra choisir celui qui paraîtra le meilleur.

V

Il nous reste à rappeler brièvement quels sont les *moyens plus spécialement propres à combattre*, au fur et à mesure de leur apparition, *chacun des principaux accidents urémiques*.

A. — Aux accidents éclamptiques, qui paraissent liés à l'excitation anormale des cellules cérébrales, on oppose les médicaments anti-spasmodiques et sédatifs : les inhalations de *chloroforme*, le *chloral* et les *bromures* administrés en lavement. Nous n'oserions employer l'*antipyrine*, comme Lecorché et Talamon, à cause de la propriété que cette substance paraît avoir de diminuer l'excrétion urinaire. La compression des carotides a joui, vous le savez, d'une certaine vogue. Les bains chauds et les emmaillottements chauds sont usités.

B. — Au coma on oppose les injections sous-cutanées de *caféine* et d'*éther*, les *inhalations d'oxygène*.

C. — La dyspnée doit être combattue par des moyens différents suivant sa cause. Avec Gaucher et Gallois on peut distinguer :

La *dyspnée foudroyante de l'œdème aigu du poumon : ventouses* sèches multipliées sur le thorax, *saignée*, *oxygène*, *nitrite d'amyle*, *iodure d'éthyle*, *trinitrine*, et surtout injection de *morphine*, qui agit en calmant l'affolement nerveux du malade et dont il ne faut pas trop redouter dans ce cas l'effet d'ordinaire fâcheux sur la sécrétion rénale ;

La *dyspnée chronique à paroxysmes vespéraux de l'urémie lente*, où la saignée n'est plus indiquée, mais où la morphine peut encore rendre des services si on l'emploie avec prudence et surtout quand tout espoir de guérison est perdu, et qu'il n'y a plus qu'à adoucir les derniers jours du malade.

La *dyspnée asystolique*, quand le cœur fléchit : — toniques du cœur, *digitale*, *caféine*, *théobromine* :

La *dyspnée mécanique* résultant de l'hydrothorax ou de l'hydropéricarde, qu'on s'efforce de combattre par les diurétiques, les drastiques ou les ponctions aspiratrices.

D. — Les accidents gastro-intestinaux. — Aux vomissements on oppose la glace, la potion de Rivière, l'eau de Seltz, le champagne frappé, etc. Une ou deux gouttes de *créosote* (Brault) ou de *teinture d'iode* (Bartels) dans une cuillerée d'eau, l'*eau oxygénée*, l'*eau chloroformée*, l'*acide lactique* (2 à 6 grammes, Lecorché et Talamon), ou les boissons chaudes abondantes, le *lavage de l'estomac* (Hayem). Dans les cas où la fermentation d'urée dans l'estomac était attestée par l'odeur de l'haleine et la présence d'ammoniaque dans l'air expiré, Frerichs a employé l'*eau chlorée* ou l'*acide benzoïque*.

La diarrhée incocercible est combattue par les hautes doses de *bismuth* et de *craie*, l'*acide lactique*, le *nitrate d'argent* en pilules.

Dans cet exposé, nécessairement rapide et incomplet, je n'ai pas eu la prétention de dire tout ce qui a été employé ou conseillé dans le traitement des urémies ; je me suis seulement proposé d'exposer les grandes lignes de la question, qui ne sera traitée avec l'ampleur convenable que par nos maîtres et collègues au cours de la discussion ainsi ouverte (1).

## Formulaire du Praticien

### Traitement de la fièvre typhoïde

*Balnéation, injections salines, digitale*

par M. Deguy, *interne des hôpitaux*

Sans doute, c'est un sujet bien vieux et bien rebattu, et nous hésiterions à en parler, si un récent travail de M. Carrieu, professeur de clinique médicale à Montpellier, n'était venu jeter un jour nouveau sur cette question et nous indiquer le meilleur *modus faciendi*, en présence d'une dothiénentérie. Le traitement de choix, d'après le savant professeur de Montpellier, se résume dans deux grandes indications, la *balnéation* et les *injections salines* sous forme soit d'hypodermoclyse, soit d'angéioclyse. Diverses autres indications secondaires pourront surgir et c'est alors que les médications quiniques, antiseptiques intestinales et autres, trouveront leur emploi.

En ce qui concerne la balnéation, on peut ranger en deux groupes les divers procédés employés, à savoir les bains à température constante et les bains à température décroissante. Dans le premier groupe, les bains préconisés diffèrent peu au point de vue de la température et se distinguent plutôt par la durée du bain variable suivant les auteurs. La seconde méthode a été mise en usage par notre maître, M. le professeur Bouchard, et c'est de l'avis de Carrieu et du nôtre la meilleure, ses avantages sur la première sont considérables. M. Bouchard administre des bains dont la température initiale est de deux dégrés inférieure à celle du typhique, on y plonge le malade, et, ce dernier restant dans le bain, on le refroidit insensiblement de un degré chaque dix minutes par adjonction d'eau froide. On s'arrête lorsque l'eau du bain arrive à 30°, on

(1) *Soc. de thérapeutique*, juin 1897. — Dans un prochain numéro, nous publierons la réponse de M. Huchard, intitulée : Quelques considérations sur le traitement de certaines urémies.

Digitized by Google

sort alors le malade. La durée du bain sera donc d'autant plus grande que la température du malade sera plus élevée.

Carrieu a légèrement modifié cette pratique en ce sens qu'il administre les bains à une température initiale de 37°, c'est-à-dire à la température normale du corps. « Que le malade ait 38 ou 40, dit-il, la sensation produite n'est pas pour lui plus désagréable que si l'eau était à 38°. Nous ajoutons de l'eau froide pour abaisser la température de 1 degré en cinq ou dix minutes, de façon à arriver à 30° dans moins d'une heure. La durée du bain est donc d'environ une heure, dans certains cas, de trois quarts d'heure seulement. L'avantage de cette durée un peu réduite, c'est que le malade se fatigue moins dans le bain, ce qui arrive infailliblement avec des bains de durée plus longue. » Carrieu préconise l'addition au bain d'acide borique, de créoline, de lysol ou de naphtolate de soude pour éviter autant que possible les infections secondaires cutanées. Le nombre des bains à donner dans la journée est variable, cinq à six en moyenne.

A cette médication, il faut adjoindre les antiseptiques intestinaux, les toniques, les purgatifs si c'est nécessaire ; et on insistera sur l'alimentation liquide.

Les avantages que trouve Carrieu à la balnéation tiède refroidie sont un abaissement régulier de la température, abaissement général sur la température de la journée et abaissement après chaque bain. Le pouls n'est pas influencé par les bains tièdes prolongés comme par les bains froids. Ces derniers présentent même un certain danger par la constriction vaso-motrice périphérique que l'action de l'eau froide, appliquée brusquement sur le tégument externe produit infailliblement ; le pouls se concentre, devient petit et plus rapide. Dans le bain tiède prolongé, au contraire, le pouls prend une ampleur qu'il n'avait pas auparavant ; sa fréquence même est modifiée, il se ralentit, et on observe qu'il bat 10 à 15 pulsations de moins pendant et après le bain.

Le grand reproche qu'on peut faire au bain froid, c'est qu'il provoque une constriction générale des artères périphériques, le cœur se trouve alors brusquement surmené et gêné dans son fonctionnement. Avec la balnéation tiède cet inconvénient ne se produit pas. De plus, le système nerveux, l'appareil respiratoire ne sont pas impressionnés au même point par l'eau tiède et par l'eau froide, et on a moins à craindre l'épuisement du système nerveux par des secousses brutales et des sensations pénibles. Sans doute, le bain tiède ne tonifie pas au même degré que le bain froid, mais du moins il fait uriner avec abondance, et les urines émises ont leur toxicité augmentée.

En résumé, Carrieu conseille les bains tièdes progressivement refroidis quand on voudra abaisser la température chez des typhiques délicats ou à système nerveux impressionnable; quand le cœur est simplement menacé ; quand il y aura crainte d'hémorragies ou de congestions viscérales. Les bains froids seront, au contraire, préférés chez les malades lourds, apathiques, peu sensibles, présentant d'emblée des phénomènes d'adynamie ; ou bien, dans ce cas, si on ne veut pas employer les bains froids, on donnera des bains tièdes terminés par une affusion froide. Nous adoptons absolument les conclusions de M. Carrieu, mais maintenant nous nous séparerons de lui quand il prescrit l'*angéioclyse*. Il est absolument vrai que c'est une indication capitale dans la fièvre typhoïde que de relever la tension sanguine abaissée soit du fait exceptionnel d'une perte sanguine abondante, soit le plus souvent par l'action même du poison morbide, paralysant les vasomoteurs, d'où ces hypostases, ces congestions viscérales, ces rougeurs cutanées par plaques, ces raies vasculaires produites sur la peau par le passage d'une pointe mousse, le dicrotisme et la vacuité du pouls, l'embryocardie, l'affaiblissement du premier bruit. Mais comment relever cette tension ? L'angéioclyse après l'accident funeste survenu à Widal n'est pas exempte de danger, et doit toujours rester une ressource *in extremis*, quand tout espoir est perdu, mais on ne doit pas, croyons-nous, en faire un système thérapeutique. Il est vrai qu'Ovide raconte (cité par Carrieu) que la magicienne Médée rendit la jeunesse et la santé au vieil Eson, en lui injectant dans la jugulaire un bouillon de plantes aromatiques, mais l'angéioclyse est loin de donner toujours cet heureux résultat et nous ne pouvons mieux faire que de répéter ici ce que nous disions déjà dans ce journal (5 décembre, 1896). L'hypodermoclyse exempte de dangers devra être préférée par les médecins qui encourraient une responsabilité trop grande si un accident leur arrivait et l'angéioclyse sera le moyen auquel on aura recours en dernier ressort. Nous n'insisterons pas sur les avantages de ces injections salines, avantages d'ailleurs bien mis en relief par M. Carrieu et qui se produisent aussi bien, quoiqu'un peu plus lentement avec l'injection hypodermique qu'avec l'injection intraveineuse. Donc, les injections salines sont indiquées et l'accord est fait sur ce point ; mais il en est un autre sur lequel il est utile d'insister, ce sont les bons effets qu'on peut retirer en certains cas de la digitaline, et à ce sujet nous citerons le fait suivant que nous venons d'observer récemment dans le service de M. Huchard : Une malade entre le 20 février, à la salle Delpech, pour une dothiénentérie à marche normale et dont le diagnostic est vérifié par la réaction agglutinante de Widal, mais seulement le 2 mars et après deux recherches négatives antérieures. L'allure de cette fièvre typhoïde paraissait normale et le pronostic semblait bon, l'état général n'était pas inquiétant ; cependant, le pouls était rapide et petit, variable, instable, et M. Huchard nous met en garde d'après ce symptôme qui, pour lui, assombrissait le pronostic. La tension artérielle était faible, et vers le 2 mars des râles fins de congestion apparurent aux deux bases, les oscillations fébriles furent plus grandes. Les jours suivants, le délire apparaît avec un anéantissement complet, la balnéothérapie froide ne donne aucun succès et

Digitized by Google

l'état de la malade s'aggrave. Par deux fois, le 3 et le 7 mars, nous donnons XX gouttes de digitaline qui remontent la tension artérielle et produisent une amélioration momentanée, mais la malade retombe vite dans son état de prostation extrême. Les bains froids restent sans action et on les cesse alors. Les râles de congestion des bases pulmonaires restent tenaces et s'accompagnent de dyspnée, malgré l'application de ventouses, et les soins hygiéniques donnés à la malade que l'on relevait du décubitus au moyen d'oreillers.

Le 10 mars, la température vespérale monte à 41°, le pouls est à 140, le pronostic s'assombrit de plus en plus; le 11, même état, l'aggravation continue et les râles de congestion augmentent dans le poumon, les bains froids repris le 10 sont sans résultat marquant. Le 12, apparition d'un souffle tubaire à droite; la percussion et l'auscultation révèlent un bloc pneumonique très étendu occupant les 2 lobes inférieurs du poumon droit, les râles congestifs persistent à gauche. M. Huchard reprend les bains, mais une terminaison fatale est imminente. En désespoir de cause, le 15 au matin, la température étant de 39°8, on cesse la balnéation et on donne un milligramme de digitaline cristallisée en une fois. Le 30 au soir, température 37°2; le 31 au matin, temps 36°3. La malade, toujours dans un état comateux, reprend un peu dans la journée, et le 17, la température vespérale et matinale restant à 36°, une amélioration considérable est survenue, la malade commence à parler. Les craintes que nous avions eues d'une hémorragie intestinale se dissipent, mais le souffle tubaire persiste.

Le 18, la température remonte le matin à 37°.8, on redonne 1/2 milligr. de digitaline, et le soir la température était revenue à 36°.3, le pouls tombé de 120 à 100, la pneumonie entre en défervescence et apparaissent de nombreux râles crépitants. Les urines sont toujours rares.

Puis la guérison se fit à grands pas, et le malade resta en convalescence jusqu'au 20 avril ayant eu depuis le 19 mars une température restant toujours entre 36°2 et 36°6. La guérison était totale le 26 mai où il n'y avait plus de râles congestifs aux bases pulmonaires, et si la malade n'est pas sortie à cette époque de l'hôpital, c'est à cause de considérations spéciales.

En somme, dans ce cas particulier, nous sommes convaincu, et c'était également l'avis de l'entourage et de ceux qui avaient examiné la malade, que la digitaline l'a sauvée. Nous ne croyons pas que, dans ce cas, il y eut coïncidence entre la défervescence du bloc pneumonique et l'administration de la digitaline, puisque la fièvre avait tenté de remonter le 18 et que les râles sous-crépitants de retour ne sont apparus que le 19. Quoi qu'il en soit, la déduction thérapeutique à tirer de l'observation, c'est l'efficacité de la digitaline dans la dothiénentérie avec pneumonie, et c'est l'innocuité qu'elle a présentée, en se déterminant pas, ce que nous avions un peu craint, une hémorragie intestinale par rehaussement brusque de la tension artérielle.

Une seconde déduction, ce sont les améliorations momentanées que la digitaline à faibles doses nous avait données au cours de la dothiénentérie, améliorations qui nous paraissent pouvoir s'expliquer simplement. L'abaissement de la tension artérielle favorise l'absorption des toxines microbiennes ou autres, elle facilite la repullulation des microbes et entrave le leucocytose. Or, la digitaline est le médicament par excellence pour relever la tension artérielle; aussi, n'est-il pas étonnant de la voir produire de bons effets dans les maladies infectieuses. Nous avons déjà pu nous convaincre de son utilité dans la pneumonie et la grippe, et dans diverses infections mal déterminées, nous l'admettons également pour la fièvre typhoïde bien que nous n'ayions pas un nombre d'observations aussi grand que pour les premières maladies. L'état du pouls et du cœur sont l'indication à l'usage de la digitaline, et, si malgré son administration faite dans des conditions déterminées variables avec chaque malade, le pouls ne se ralentit pas, ne prend ni force, ni ampleur, il faut redouter, jusqu'à un certain point, une complication. Dans la dothiénentérie, la digitale n'est pas antithermique comme dans la grippe ou la pneumonie, mais son rôle toni-cardiaque est si important qu'il en justifie par cela même l'emploi. Toutefois, il faudra l'administrer avec prudence quand il y a embryocardie; et souvent, on se trouvera bien d'employer parallèlement ou alternativement l'ergot de seigle. Parola en 1856, et Billard 10 ans après, avaient vanté les bons effets de cette médication. Duboué emploie la poudre d'ergot de seigle, 1 à 3 grammes par jour; M. Huchard préfère l'ergotine; d'après lui, cette médication relève la tension artérielle abaissée et augmente la contractilité des vaisseaux amoindrie, elle fortifie les vaisseaux. Dans certains cas également, d'après le même auteur, les injections de caféine, d'éther ou d'huile camphrée seront excellentes contre le collapsus cardiaque.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**L'influence de l'hypophyse et de la glande thyroïde sur la nutrition.** — Le rôle physiologique de l'hypophyse cérébrale est toujours encore inconnu. A. Schiff a essayé d'éclaircir sa fonction par les urines et les matières de sujets traités avec des tablettes de cette substance. Un adulte bien portant ne présenta aucune altération des échanges sous l'influence de cette glande; il resta aussi sans réagir après l'administration de thyroïdine, très active chez un myxœdémateux. Par contre, un acromégalique, traité avec de l'hypophyse, présenta une augmentation considérable en anhydride phosphorique (Ph. 2 05) dans ses excréments. L'azote n'augmenta pas en proportion, ce qui démontra que l'augmentation de l'anhydride phosphorique ne dépendait pas de la destruction d'une substance albumineuse, mais d'un autre tissu riche en phosphore, peut-être de l'os. En ce cas, il faudrait considérer l'acromégalie considérer l'acromégalie comme résultat d'une formation anormale de tissu osseux par myovragie hypophysaire *(Zeitschrif)*.

Les tablettes de corps thyroïde provoquèrent une augmentation de l'excrétion de l'anhydride phosphorique et de l'azote. Elles agissent donc autant sur les substances albumineuses que sur le tissu riche en phosphore. — Bd.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

**Hygiène prophylactique et thérapeutique de la neurasthénie.** — MM. Proust et Gilbert Ballet viennent de faire paraître un livre fort intéressant sur « l'hygiène du neurasthénique ». Le titre de ce travail est bien justifié par le passage suivant que nous soumettons à la méditation des praticiens et des nombreux neurasthéniques : « L'hygiène qui *suffirait à prévenir la neurasthénie si elle était rigoureusement appliquée* et, il faut bien le dire, si elle était toujours applicable, *suffit aussi le plus souvent à la guérir* quand la neurasthénie est susceptible de guérison. Sans vouloir proscrire la thérapeutique médicamenteuse, nous osons dire que, dans l'ensemble, on a fait aux candidats neurasthéniques ou à ceux arrivés, plus de mal avec les drogues qu'on ne leur a rendu de services. Si l'on pouvait dresser le bilan des méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceutiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière, on se demanderait si les neurasthéniques sont les obligés ou les victimes de la médecine. »

J'ai fait cette citation, un peu longue, parce qu'elle confirme en termes excellents les conclusions auxquelles j'étais arrivé dès 1882 dans le chapitre « neurasthénie » du Traité des névroses. Voici ce que j'écrivais à cette époque déjà éloignée (page 907) :

« Nous avons passé en revue un grand nombre d'indications thérapeutiques, nous avons cité beaucoup de médications diverses, au point que, dans le traitement de cette maladie, le médecin doit certainement éprouver l'embarras du choix, au milieu de ce dédale d'agents narcotiques, toniques, névrosthéniques, antispasmodiques, etc., etc. Or, la richesse de ces médications si nombreuses pourrait bien cacher une pauvreté réelle de nos moyens et l'impuissance de notre action. Car, il n'est peut-être pas d'affection qui résiste davantage aux efforts de la thérapeutique... Ces malades sont souvent atteints d'une sorte *d'ataxie thérapeutique*, puisque dans la neurasthénie, le réactif, c'est-à-dire l'organisme ne répond pas ou répond mal à l'action des substances chimiques ou médicamenteuses. D'où la conclusion que dans cette maladie, il faut bien se garder d'abuser des drogues, *qu'il faut porter toute son attention* sur l'hygiène physique et morale, en se rappelant ces paroles si sages de Tissot : On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

Montaigne qui avait, comme il l'affirmait, une « dyspathie » souvent exagérée pour la médecine, qui disait que les médecins rendent souvent « la santé malade », ajoutait que « la drogue est un secours *infiable* » (auquel on ne peut pas se fier). Rien n'est plus vrai que pour la neurasthénie, et ici l'hygiène doit être la base du traitement.

I. Hygiène prophylactique. — Souvent, comme je l'ai démontré dès 1882, la neurasthénie évolue sur un terrain neuro-arthritique. Par conséquent, l'éducation physique et morale des enfants a une importance très grande pour la prophylaxie de cette maladie chez ceux qui y sont prédisposés par leurs antécédents héréditaires. On est neurasthénique non seulement par droit de naissance, mais aussi par droit de conquête, et il est certain que dès l'enfance, chez les prédisposés, on doit avoir pour but de favoriser le développement physique aux dépens du développement moral et intellectuel, en se rappelant ces paroles profondes du père de la médecine ; « Quand le corps est en repos, l'âme est en mouvement. » Dans son livre remarquable sur « l'éducation intellectuelle, morale et physique » qui devrait être dans toutes les mains, Herbert Spencer exprime à peu près la même opinion :

« Le premier avantage qu'un homme puisse apporter dans la vie, c'est que chez lui la bête soit solide. »

Donc, MM. Proust et Ballet ont raison de prescrire chez les candidats à la neurasthénie, l'éloignement des grandes villes où l'on respire un air impur, où l'on est condamné à une sédentarité relative. La campagne, dit Mœbius, c'est le paradis des enfants. Il faut leur éviter encore le surmenage scolaire, l'internat dans les collèges « particulièrement néfaste aux enfants débiles ou héréditairement prédisposés au nervosisme ». On doit leur prescrire encore les exercices physiques, la gymnastique bien entendue, les promenades, certains jeux où prédomine l'exercice musculaire, des pratiques hydrothérapiques, une alimentation bien ordonnée.

L'éducation morale des enfants est des plus importantes. Il faut les habituer de bonne heure à *vouloir*, à accomplir ce qu'ils ont voulu, à persévérer dans l'effort, en un mot à pouvoir (Proust et Ballet). Car une volonté forte et persévérante est en antagonisme avec la neurasthénie. Surtout, pas de reproches incessants, pas de réprimandes continuelles qui font naître la tristesse et la dépression morale. En un mot, il faut une véritable « éducation de la volonté » si l'on veut combattre efficacement la tendance à l'émotivité de certains enfants. On doit se garder surtout d'exciter leur imagination par des récits fantastiques ou terrifiants, par des réunions mondaines, par des spectacles plus ou moins dramatiques.

Enfin, chez l'adulte, il faut éviter toutes les causes d'épuisement nerveux, et principalement de surmenage cérébral ou moral, une des grandes causes de la neurasthénie

II. Hygiène thérapeutique. — « La déchéance de l'énergie psychique, de la volonté, la tendance au découragement, aux idées tristes, aux préoccupations hypocondriaques suscitées et entretenues par les sensations pénibles

Digitized by Google

dont ils sont tourmentés, tels sont les traits essentiels de la physionomie morale de ces malades » (Ballet et Proust). Voilà donc ce qu'il faut d'abord combattre par une véritable *psychothérapie* : isolement, éloignement du milieu où s'est développé l'état névropathique, séjour à la campagne, hydrothérapie, électricité (courants continus, faradisation, etc.), repos de l'esprit, choix des livres à lire, éloignement de la solitude, choix des personnes avec lesquelles les malades doivent vivre en contact journalier, choix d'un médecin inspirant confiance au point de pouvoir exercer une sorte de suggestion à l'état de veille. Il importe de surveiller l'alimentation, de traiter tous les troubles digestifs divers et nombreux qui peuvent se présenter, de défendre toutes les boissons qui ne font qu'*exciter* mais qui ne tonifient pas : liqueurs, boissons alcooliques, thé, café, etc. Aux neurasthéniques anémiés on prescrit souvent un régime carné presque exclusif, on les gave littéralement de viandes rôties ou grillées. Ballet et Proust ont raison de dire que c'est là une pratique détestable, puisqu'on encombre ainsi l'organisme de substances extractives plus ou moins toxiques.

Les *pratiques hydrothérapiques* ont une grande importance (drap mouillé avec frictions, drap mouillé ruisselant sans frictions, lotions froides, douches froides). Mais, il faut bien se rappeler que la durée de la douche doit être courte (25 à 30 secondes au plus). « Une douche trop courte n'a jamais d'inconvénient, a dit Fleury ; une douche trop longue est toujours dangereuse. » Mais chez les neurasthéniques rhumatisants ou arthritiques, il ne faut user de l'eau froide qu'avec prudence et modération, et donner la préférence aux bains tièdes (de 33 à 36°, avec une durée de trente à quarante minutes).

La *climatothérapie* joue aussi un grand rôle, et il faut éloigner les malades des froids rigoureux comme des chaleurs excessives. Les climats de montagne peuvent être prescrits à la condition qu'ils ne soient pas trop excitants, ni à des altitudes trop élevées. Ballet et Proust pensent qu'une altitude moyenne de 1.000 à 1.600 mètres est généralement suffisante. Pour ma part, je pense qu'il faut rarement dépasser 1.200 mètres, qu'on ne doit pas envoyer les malades à proximité des montagnes à glaciers, et c'est ainsi que j'ai vu beaucoup de neurasthéniques anémiés revenir très aggravés d'un séjour à Saint-Moritz, dans l'Engadine (à 1.855 mètres). Les climats maritimes ne conviennent pas à tous les neurasthéniques, et les climats de plaine sont indifférents.

Les trop longs voyages doivent être défendus à ces malades à qui l'on doit éviter toute fatigue physique, et j'ai vu des neurasthéniques chez lesquels la trépidation du chemin de fer déterminait, au bout de quelques heures, l'aggravation des symptômes.

Enfin, l'exercice musculaire modéré, la gymnastique, les frictions, le massage, doivent être prescrits. Mais parfois, dans les cas graves, on est obligé d'ordonner un repos presque complet.

La bicyclette peut-elle être permise? Oui, à la condition d'éviter le surmenage, et même la simple fatigue.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'hygiène du neurasthénique. Nous avons éprouvé un réel intérêt et un vrai plaisir à résumer une partie de l'excellent livre de MM. Proust et Ballet, en y ajoutant quelques considérations empruntées à notre observation depuis une quinzaine d'années. — H. Huchard.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Traitement médical de l'appendicite.** — Dans un chapitre remarquable, notre distingué collaborateur M. Galliard dit que « proclamer la banqueroute de cette thérapeutique, c'est méconnaître les services qu'elle rend tous les jours dans les formes légères et dans les formes pseudo-graves, spécialement chez les névropathes ». Du reste, il résulte d'une statistique de Renvers (de Berlin) que, sur 2,000 typhlites observées en six ans dans l'armée allemande, la guérison fut obtenue *sans opération* dans 96 pour 100 des cas. Voici le traitement médical, tel que l'expose M. Galliard dans le tome IV, qui vient de paraître, du *Traité de médecine et de thérapeutique* (sous la direction de Brouardel et Gilbert) :

Dès la première heure, emploi de l'*opium* ; s'il est rejeté par les vomissements, avoir recours aux lavements laudanisés, ou mieux aux injections morphinées. Quelquefois la *belladone* doit être préférée, parce qu'elle n'aggrave pas la coprostase. Application locale d'une vessie de *glace*. *Pas de vésicatoires* qui suscitent ou exaspèrent la dysurie, entravent l'exploration de la région et souillent le champ opératoire. Contre le collapsus, *injections d'éther ;* contre les vomissements, *glace*, *champagne*, *eau chloroformée*.

Les purgatifs ne sont autorisés qu'à la période de détente, dans les cas où l'on écarte le traitement chirurgical : *citrate de magnésie* (Millard), *huile de ricin* (Chalvet, Talamon), *calomel* en commençant par quatre doses de 25 centigrammes en 24 heures chez l'adulte (Galliard).

Quant au traitement chirurgical, il est indiqué dans les cas de péritonite généralisée, dans l'abcès périlyphlique, l'appendicite aiguë avec péritonite circonscrite, dans toutes les complications suppuratives. L'appendicite à répétition indique l'excision de l'appendice à froid pendant un stade d'accalmie. Dans l'appendicite subaiguë, les indications thérapeutiques sont moins précises ; mais lorsque l'on peut redouter la péritonite généralisée et les soudaines recrudescences, « il faut opérer dans les mêmes délais que si la maladie était franchement aiguë » (après deux à huit jours). — R. D.

## CHIRURGIE

**Diagnostic de la scapulalgie.** — Parmi les affections chirurgicales chroniques, envahissant l'articulation de l'épaule, il en est une qui, en raison de la nature de

Digitized by Google

ses lésions et des dangers qu'elle fait courir au malade, mérite d'être diagnostiquée de bonne heure : c'est la scapulalgie ou *ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule*. Si le diagnostic est relativement simple, lorsque l'arthrite est suppurée, il n'en est plus de même lorsque dominent seulement des troubles fonctionnels ou inflammatoires légers, époque à laquelle le chirurgien sera fréquemment consulté, et où une thérapeutique active aura des chances sérieuses de succès. Examinons donc avec MM. Duplay, Rochard et Demoulin (*Man. de diag. chir.*) les deux cas qui peuvent se présenter :

1° *La scapulalgie n'est ni suppurée ni fistuleuse.* — Deux grands signes serviront au diagnostic : la douleur et la gêne des mouvements. La *douleur* n'est pas toujours localisée à l'épaule ; elle s'irradie au bras, au coude, au poignet. Les pressions l'augmentent et sont particulièrement senties au niveau de la coulisse bicipitale, où existe un prolongement de la synoviale, facilement envahi par les fongosités. Un choc de bas en haut sur le coude réveille cette douleur.

Quand on veut faire exécuter au malade un mouvement, on constate que c'est l'omoplate seule qui remue, et les mouvements propres de l'articulation sont extrêmement difficiles et pénibles. Aussi le bras prend-il rapidement une attitude vicieuse, s'écartant du tronc et se portant un peu en dehors ; il en résulte une inclinaison du corps d'un côté et une sorte d'allongement du membre atteint ; à côté de cet allongement apparent, il en existe un réel, dû à l'atrophie du deltoïde et à la formation de fongosités intra-articulaires qui séparent la tête de l'humérus de la cavité glénoïde ; la palpation permet d'ailleurs de soupçonner la présence de ces fongosités, en donnant lieu à une résistance molle toute particulière. — L'épaule n'est pas toujours augmentée de volume ; elle peut prendre pourtant la forme dite « en gigot de mouton » ; enfin, l'on constate fréquemment des ganglions axillaires. Si l'existence de ces signes est corroborée par ceux que fournissent l'interrogatoire du malade, ses antécédents héréditaires ou personnels, on arrivera facilement au diagnostic.

L'*hydarthrose* idiopathique de l'épaule est très rare et nettement fluctuante ; l'*arthrite blennorrhagique*, en dehors de la période aiguë, peut prêter à l'erreur, mais sa tendance à l'ankylose, l'absence de fongosités, et la découverte d'un écoulement chronique ou non lèveront tous les doutes ; l'*arthrite syphilitique* est rare à l'épaule ; l'*arthrite rhumatismale* n'en altère pas la forme d'une façon continue, et donne lieu à des craquements articulaires, que l'on retrouve également dans la variété *déformante ;* cette dernière procède d'ailleurs par poussées et produit des épanchements transitoires, cédant vite à l'influence du traitement. L'arthrite sèche ou déformante se rapproche pourtant d'une forme de scapulalgie, dite *carie sèche* de l'épaule. On se rappellera que la carie sèche est surtout observée au moment de la croissance, qu'elle s'accompagne souvent d'autres lésions tuberculeuses, qu'elle ne procède pas par poussées aiguës, avec épanchement et présence d'ecchondroses, comme l'arthrite déformante, qui n'est en somme que la manifestation du rhumatisme osseux chronique.

2° La *scapulalgie est suppurée et fistuleuse.* — Le pus peut exister, — ce que révélera l'état général du malade, — mais ne pas avoir encore perforé la peau. Il faut alors le chercher dans tous les points où le guideront à la fois les lois de la pesanteur et la constitution anatomique de la région : c'est-à-dire à la partie antérieure et interne du bras, au niveau de la coulisse bicipitale, siège d'un prolongement de la séreuse ; — du côté de la paroi postérieure de l'aisselle, au niveau du prolongement séreux qui suit le tendon du sous-scapulaire, et où il peut arriver quelquefois à soulever l'omoplate ; et même dans les régions sus et sous-épineuses.

Si l'abcès communiquant avec l'articulation a été découvert, le diagnostic s'impose ; à ce moment, en raison de l'atrophie du deltoïde et de la prédominance des adducteurs, en raison aussi de l'usure des surfaces articulaires, l'attitude du bras a changé ; il s'est mis en adduction, fortement accolé au tronc. Une seule affection mérite d'être diagnostiquée, car les signes en peuvent être les mêmes : c'est l'*ostéomyélite suppurée de l'extrémité supérieure de l'humérus*, en dehors de sa période aiguë. On se rappellera qu'ici, le siège de l'affection est dans le cartilage de conjugaison, que les lésions sont para-articulaires et non intra-articulaires, et que les mouvements provoqués sont plus étendus que dans la scapulalgie. Plus tard, le stylet montrera également que la lésion est localisée plus bas.

Enfin, si la scapulalgie est devenue fistuleuse, il ne restera plus qu'à s'assurer, à l'aide de la sonde cannelée, du siège et de l'étendue des lésions, en l'introduisant à plusieurs reprises dans les trajets fistuleux, et en se rendant compte, par sa direction, des parties atteintes.

S'il y avait une *subluxation pathologique*, il serait facile de la diagnostiquer par la saillie de l'acromion, l'aplatissement de l'épaule, et le changement d'axe de l'humérus ; les antécédents du malade, et la longueur de l'affection rendront impossible l'erreur avec la luxation ordinaire. — L. Flœrsheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 6 juillet 1897*

**Cure radicale des hernies inguinales.** — M. Lannelongue. Le 8 juillet 1896, j'ai présenté à l'Académie de médecine quelques sujets atteints de hernie inguinale guéris par la méthode des injections au chlorure de zinc. Les cas étaient alors trop récents pour pouvoir apprécier la valeur du procédé.

Je reviens, comme je l'avais promis à l'Académie, lui montrer les anciens opérés en y ajoutant les cas nouveaux.

Digitized by Google

Les sujets qu'on doit opérer n'ont besoin d'aucune préparation et la technique que j'ai rendue plus précise depuis l'an dernier est à la portée d'un très grand nombre de praticiens. Les suites sont simples, le seul pansement qu'on applique est enlevé le troisième jour et les malades se lèvent en moyenne au bout d'une semaine ; sur 51 opérations je n'ai eu aucun accident.

La méthode a pour but de remplir deux conditions nécessaires à la cure radicale de toute hernie :

1° Boucher par un tissu de cicatrice et de remplissage le trou et les orifices de la hernie ; 2° obtenir l'oblitération du sac herniaire aussi haut que possible. Les faits cliniques indiquent que ces conditions sont remplies par le procédé nouveau.

51 sujets ont été soumis au traitement ; on doit les diviser en deux groupes : 1° les jeunes sujets jusqu'à 20 ans ; 2° les adultes jusqu'à 60 et au delà.

A. *Jeunes sujets depuis 4 mois jusqu'à 20 ans :* 44 opérés. — Il y a 41 guérisons persistant les unes depuis plus d'un an, les autres depuis plus de six mois et les autres enfin sont comprises entre trois semaines et six mois. Sur les 3 échecs, l'un, le premier de tous les opérés, avait été insuffisamment injecté, on l'a traité de nouveau et il est guéri ; l'autre est un cas de hernie insolite, auquel la méthode sclérogène ne doit pas être appliquée. Le troisième est une grosse hernie scrotale chez un sujet presque imbécile qui s'est levé le lendemain et les jours suivants.

A. *Adultes.* — Il y a eu 7 opérations chez cinq adultes ; 3 adultes ont eu des hernies doubles. Les 2 adultes ayant des hernies de volume moyen et âgés de 33 ans (femme) et de 49 ans (homme) sont bien guéris.

Chez les 3 sujets de Bicêtre atteints de grosses hernies doubles dans de mauvaises conditions, il y a eu une récidive d'un côté et une guérison de l'autre.

M. Grancher présente un enfant qui, il y a deux ans encore, était considéré comme un sourd-muet. — Il ne s'agissait, en définitive, que d'un cas de stupeur cérébrale. — L'audition existant encore, la méthode auditive put être employée concurremment à la méthode labiale et on obtint ainsi un développement relativement grand de la mémoire et de l'intelligence. Actuellement, l'enfant parle, retient ce qu'on lui enseigne, apprend un métier. Il existe dans les asiles un grand nombre d'enfants ayant un reste d'audition. Il serait peut-être possible, par les mêmes procédés, de les améliorer.

M. Abadie. — Les troubles d'exophtalmie et de tachycardie, la tuméfaction thyroïdienne paraissent bien être sous la dépendance du sympathique cervical ; et, ce qui le démontre, c'est la disparition des accidents qui succède à la section du sympathique.

Si l'exophtalmie et la tachycardie ne disparaissent pas toujours, c'est que certains filets nerveux qui vont aux vaisseaux de l'œil naissent au-dessus du ganglion cervical supérieur et que le plexus cardiaque reçoit des filets nés au-dessous du ganglion cervical inférieur.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 2 juillet 1897*

**Méthodes bactériologique et clinique dans le diagnostic de la diphtérie.** — M. H. Barbier. L'intéressante communication de M. Lemoine ne soulève pas seulement des questions d'un pur intérêt dogmatique, mais me paraît avoir une portée pratique des plus intéressantes, particulièrement en ce qui concerne la séparation d'avec la diphtérie des angines blanches et des laryngites avec sténose dues à d'autres micro-organismes.

Cette recherche est fort complexe. Elle comprend : 1° la séparation clinique et bactériologique des angines et des laryngites septiques à streptocoques, à staphylocoques, etc. ; 2° la question de nature des angines à bacilles courts, qui, si leur nature extradiphtérique était démontrée, rentreraient dans le cadre des précédentes ; 3° l'étude des infections simultanées dans le cours de la diphtérie, c'est-à-dire des associations microbiennes, qui modifient certainement le tableau clinique, qu'elles soient contemporaines de la diphtérie ou postérieures à celle-ci. Il y a là des causes d'insuccès thérapeutiques qui, certainement, ne sont pas attribuables au sérum.

Mais pour avoir, dans ces recherches, des résultats précis et comparables entre eux, ou vérifiables par d'autres observateurs, il faut être d'accord sur la technique bactériologique, sur son interprétation, sur la valeur des expressions employées pour exprimer un état morbide particulier.

Les recherches que j'ai entreprises sont justifiées par la technique suivante. 1° L'*ensemencement* se fait sur des milieux différents — sérum, gélose — non seulement avec la fausse membrane, mais avec produits morbides concomitants, exsudats muco-purulents, séreux. Cet examen se fait non seulement à l'entrée du malade, mais il se répète selon le lieu et selon les circonstances, quand un phénomène morbide nouveau, local ou général, se montre et modifie le type clinique jusque là observé : enfin, dans les autopsies, nous faisons toutes les investigations bactériologiques nécessaires.

2° L'*examen des cultures* doit se faire au bout de vingt-quatre heures au plus tard, car certains microbes, passé ce temps, deviennent prépondérants et étouffent les autres. On note la confluence des cultures réciproques ce qui, toutes choses égales d'ailleurs, se rapproche le plus possible de la réalité pathologique, et on examine sur lamelles après décoloration au Gram.

3° Pour rechercher la *virulence*, nous inoculons proportionnellement au poids un cobaye, avec une culture pure de quarante-huit heures sur bouillon. Ayant comme type de virulence un bouillon de bacilles de Lœffler, identique expérimentalement, tuant le cobaye en un jour, nous établissons la virulence par une série de fractions 1/3, 1/5, 1/10, selon que le cobaye inoculé succombe en trois, cinq ou dix jours, et par 1/8 quand il survit.

Digitized by Google

4° Ces examens donnent la notion de *présence* et celle de *virulence* des microbes. Rien de plus. Il ne faut pas, comme M. Variot semble l'avoir fait, en tirer des abstractions pronostiques et diagnostiques, et y trouver la notion d'*associations microbiennes*.

Peut-être ce terme n'est-il pas assez précis, il faut réserver l'expression de *simultanéité de présence* de tel ou tel microbe pour l'examen bactériologique, lorsque plusieurs microbes existent dans les cultures. Mais ce n'est pas là l'association ; l'*association microbienne* est plus que cela, elle indique une symbiose de plusieurs bactéries infectant ensemble un organisme, se prêtant mutuelle assistance, exaltant peut-être réciproquement leur virulence.

Or, la bactériologie donne bien la notion de présence et de virulence ; seule la clinique donne, dans chaque cas particulier, celle d'association, et cela, précisément grâce aux données bactériologiques, qui mettent le clinicien dans les conditions de l'observation expérimentale la plus rigoureuse.

La clinique et la bactériologie s'entr'aident donc, mais la clinique doit pour cela minutieusement observer et noter les moindres symptômes objectifs, et les modifications favorables ou non, qui altèrent le type clinique constaté à l'entrée ; il faut qu'elle compare ce tableau morbide avec les lésions que provoque habituellement chacun de ces mêmes microbes isolés, inoculés à l'état de pureté. L'anatomie pathologique, dans les cas malheureux, doit compléter les résultats bactériologiques.

**Statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau pour l'année 1896.** — M. Variot rapporte la statistique détaillée des cas de diphtérie observés dans son service à l'hôpital Trousseau pour l'année 1896. Sur 1,502 malades, 1,087 ont été reconnus diphtériques par les examens clinique et bactériologique. Tous ont reçu des doses variables de sérum antidiphtérique, suivant les circonstances. Sur ces 1,087 enfants, 166 sont morts, ce qui donne une mortalité de 15, 27 0[0. En 1895, la mortalité avait été dans le service de 15, 54 0[0. Il est à remarquer combien ce chiffre de la mortalité reste fixe d'une année à l'autre dans un même service hospitalier, en employant les mêmes moyens thérapeutiques, c'est-à-dire le sérum, le tubage du larynx et la trachéotomie, quand celui-ci est insuffisant.

Le tubage ou la trachéotomie ont été pratiqués 313 fois avec 116 morts, soit une mortalité de 37 0[0. L'emploi du sérum dans le croup a diminué le nombre des interventions ; celles-ci ne doivent pas être précoces. Bien souvent le croup s'accompagne de spasmes glottiques inquiétants tout d'abord, qui cèdent spontanément après quelques heures passées dans la chambre de vapeurs. La trachéotomie, chez les enfants traités par le sérum, ne donne pas une mortalité supérieure à celle du tubage et elle est beaucoup plus à la portée des praticiens.

**Diabète lévulosurique.** — M. Béclère rapporte l'observation d'un ancien officier devenu mélancolique, avec idées de suicide, insomnies rebelles, sans que rien dans sa situation de fortune expliquât un tel changement de caractère. M. Béclère pratiqua l'examen des urines ; celles-ci contenaient 27 gr. d'urée par litre, réduisaient la liqueur de Fehling et déviaient à gauche le plan de polarisation. Il institua le traitement anti-diabétique, qui fit disparaître tous les troubles mentaux. Cette observation peut être rapprochée de celles que M. Marie a citées dans la dernière séance.

**Hernie de poumon consécutive à la pleurotomie, guérison.** — M. Galliard. On a signalé la pneumocèle consécutive à l'opération d'Estlander. Personne ne l'a considérée jusqu'ici, d'après mes renseignements, comme une des suites éventuelles de la pleurotomie simple, sans résection costale.

Un homme de 43 ans, admis dans mon service le 29 novembre 1895 pour une pleurésie droite, d'abord séro-fibrineuse, puis purulente, subit, le 18 décembre, la pleurotomie postéro-latérale dans le 8e espace ; drainage, pansement iodoformé. Le 8 janvier 1896, je supprime le drain ; la cicatrisation s'effectue rapidement.

Le 19 janvier, la réparation cutanée est complète. Examinant la cicatrice, je la vois soulevée à chaque secousse de toux par une tumeur ovoïde, de la grosseur d'une noix, molle, non pulsatile, non crépitante. Il s'agit d'une pneumocèle réductible.

Je fais appliquer un bandage à ressort avec pelote, absolument comme pour l'entérocèle. Cet appareil a été porté pendant plusieurs mois. J'ai revu le sujet en mars 1897 ; il était complètement guéri.

**Pleurésies à tétragène.** — MM. Faisans et Le Damany rapportent quatre cas de pleurésies dans lesquelles le tétragène ne semble avoir joué qu'un rôle secondaire ; Trois de ces pleurésies étaient séro-fibrineuses et de nature tuberculeuse. Chez deux de ces malades, le tétragène a été trouvé dans le liquide pleural chez le troisième, il a été dans le sang. Enfin, dans le quatrième cas, il s'agissait d'une infection, de nature grippale, caractérisée par une angine, des arthropathies, de la broncho-pneumonie et de la pleurésie séro-purulente. Le tétragène a été trouvé dans cet épanchement.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 7 juillet 1897*

**Hystérectomie abdominale totale.** — M. Reclus. Il existe plusieurs procédés élégants pour pratiquer l'hystérectomie par la voie abdominale en cas de fibromes, tel est celui de M. Richelot ; mais ce n'est pas le seul. Quant à lui, il préfère le procédé de Doyen, de Reims, dont on peut résumer les principaux temps de la façon suivante : Laparotomie médiane, mise à nu du fibrome que l'on saisit avec une sorte de tire-bouchon, de façon à l'attirer

Digitized by Google

au dehors et à l'énucléer ; une pince courbe, passée dans le vagin, soulève le cul-de-sac postérieur, sur lequel on pratique une boutonnière. Par cette boutonnière, à l'aide de ciseaux, on désinsère le vagin de son attache utérine, en ayant soin de respecter la vessie ; les deux ligament larges sont alors sectionnés sur toute leur hauteur M. Reclus attache peu d'importance à l'hémostase provisoire dans les utérus fibromateux non gravides. Rien n'est plus simple que de mettre une pince sur les artère utéro-ovariennes après leur section. La tumeur étant enlevée, il réunit les deux lèvres du ligament large et laisse le vagin ouvert, mais avec drainage.

Sur 10 hystérectomies abdomino-vaginales totales, pour fibromes utérins, dont deux étaient compliqués de pyo-salpinx, il a eu un seul décès et neuf guérisons.

M. Reynier. Le procédé de M. Richelot, fort ingénieux, ne peut rendre service dans tous les cas ; il convient surtout aux fibromes de moyen volume. Mais, lorsque la tumeur est très grosse, développée sur le segment inférieur de l'utérus, alors que les artères sont difficiles à saisir, il faut recourir à un procédé plus rapide, qui mette à l'abri du choc opératoire ; celui de Doyen correspond bien à cette indication, mais à la condition de faire progressivement l'hémostase au moment où l'artère va être sectionnée. Comme M. Reclus, il ne ferme pas la cavité vaginale, surtout lorsqu'il existe un pyo-salpinx concomittant.

**Sarcome ganglionnaire primitif.** — M. Berger rapporte une observation de lympho-sarcome primitif, de nature mélanique, développé chez un homme dans les ganglions thyroïdiens sous-aponévrotiques et sous-sterno-mastoïdiens. Il n'existait aucun néoplasme viscéral ou cutané. La tumeur existait depuis un an et demi, lorsque M. Berger l'extirpa avec succès ; depuis quinze mois, aucune récidive n'est survenue.

Deux points sont à noter dans cette observation : 1° la rareté excessive des sarcomes primitivement développés dans les ganglions lymphatiques en dehors de toute autre lésion muqueuse ou cutanée ; 2° la rapidité de la récidive de ces tumeurs, qui survient dans les premiers mois qui suivent l'opération. Le fait de M. Berger encouragera donc à pratiquer d'autres opérations similaires, dans l'espoir qu'elles ne seront point accompagnées à brève échéance de récidive.

**De la récidive du cancer du rectum.** — M. Marchand a observé souvent la récidive des cancers du rectum opérés aussi haut que possible par les anciennes méthodes, dont quelques-unes sont encore classiques, soit dans la cicatrice, soit dans les viscères, mais jamais dans les ganglions meso-rectaux, qui n'existent pas.

M. Quenu. Les récidives dans la cicatrice ou dans les viscères existent en effet, mais les adénopathies rectales également.

M. Poirier. Les adénopathies du cancer rectal se manifestent soit autour des vaisseaux iliaques, soit dans le meso-rectum, mais elles ne sont pas reconnaissables par l'exploration manuelle, même au travers la boutonnière iliaque.

M. Ricard présente une femme qu'il a guérie d'une fracture de la rotule par le cerclage de cet os. Quoique cette opération soit encore récente, la malade peut marcher et gravir des escaliers. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Sur la chorée.** — Depuis que notre travail sur la chorée est écrit (V. *Journal des Praticiens*, n° 419), l'urologie de cette maladie, que nous réclamions, a été faite, donnant d'ailleurs les résultats qu'on pouvait prévoir ; nous la trouvons dans le Bulletin médical du 9 juin. M. Babeau, aide-chirurgien du service des maladies des enfants à l'hôpital général de Montpellier, a fait des analyses parfaitement concluantes dans le service de M. le professeur Baumel. Nous allons les résumer, ce sera le corollaire le plus utile de notre étude.

L'urologie démontre que le choréique est un hyperazoturique et un hyperphosphaturique, et cela dans un rapport constant, tel qu'il a été admis par Yvon et signalé par Tanret. Voilà le fait à retenir. L'acide phosphorique uni aux alcalins terreux est augmenté comme celui uni aux alcalins. Celui-ci est l'expression du surmenage musculaire comme le premier l'est de la suractivité nerveuse. L'azote total de l'urine, *représentée presque complètement par l'urée*, témoigne, dans certains cas, d'une activité vraiment énorme des oxydations. Dans une chorée intense, l'analyse a révélé, chez une enfant de 11 ans, jusqu'à 39 grammes par litre, au lieu de 10 à 12, chiffre normal à cet âge. Le surmenage musculaire entraîne l'autophagie et l'amaigrissement rapide du choréique.

Voici la conclusion du travail de M. Babeau : *La chorée est caractérisée par la suractivité de la nutrition générale, marquée surtout par une exagération de la désassimilation.* — D. Dreyfus.

**Rapports entre la présence des éthers sulfuriques dans les urines et l'état du tube digestif.** — Voici les conclusions de M. Donetti à ce sujet (*Gazetta degli ospedali*, 1897) :

1° Le régime diététique a une très grande influence sur l'élimination des éthers sulfuriques, puisqu'il détermine de très grandes modifications dans leur quantité. — 2° Chez les enfants, par suite de la difficulté de recueillir les urines, et par suite de la variabilité du régime auquel ils sont soumis, on ne peut pas arriver à des résultats précis ; toutefois dans des conditions d'hygiène semblables les enfants ont une moyenne d'élimination supérieure à celle des adultes. — 3° Dans la fièvre typhoïde, les éthers sulfuriques sont en augmentation et ils sont d'autant plus abondants que la forme clinique a été plus grave et plus prolongée. Les sulfates sont aussi abondants. — 4° Dans l'ictère par rétention lithiasique, lorsque la bile recommence à couler dans l'intestin, on a une augmentation des éthers sulfuriques ; cela peut-être parce que l'action antiputride de la bile est moindre qu'on ne croit et parce qu'à la fermentation intestinale s'ajoute celle de la mucine contenue dans la bile. — 5° Si la rétention est complète, on a des oscillations variables ; par l'administration d'antiseptiques intestinaux par différentes voies, on peut même avoir une diminution dans la quantité des sulfoconjugués éliminés. — 6° L'urée, qui souvent n'a pas une courbe d'élimination parallèle à celle des sulfates dans les affections hépatiques, n'a pas non plus un rapport constant avec la gravité et l'extension des lésions intimes du foie. L'abondance de l'urée tient peut-être à ce que d'autres organes peuvent suppléer le foie dans sa fonction uréogénétique. — 7° Dans les néphrites graves, les éthers sulfuriques augmentent même si le patient est soumis au régime lacté, peut-

Digitized by Google

être à cause de l'urémie chronique dont il est atteint. — 8° Dans l'ulcère de l'estomac on a une diminution des éthers sulfuriques à cause de l'hyperchlorhydrie qui caractérise cet état pathologique. Le régime lacté contribue à augmenter cette diminution. Dans le cancer de l'estomac au contraire, les fermentations intestinales sont abondantes, d'où augmentation des sulfoconjugués. — 9° Le chlorure de sodium et le sulfate de soude ne modifient pas l'élimination des sulfoconjugués aromatiques. La diminution des éthers sulfuriques peut être obtenue de différentes façons; tantôt l'agent antiseptique a une action bactéricide, tantôt, au contraire, il a une action pharmaco-dynamique. Certaines substances possèdent cette double propriété. — K. V.

## Correspondance des Départements

On nous écrit de Randam (Puy-de-Dôme) :

*Simple question :* La quinine jouit-elle réellement de propriétés abortives?

*Réponse catégorique :* L'administration à haute dose d'un sel de quinine, du moins dans l'état de fièvre, suffit à déterminer le travail, non seulement au terme de la grossesse, comme il est généralement admis, mais encore dans le cours de la gestation.

*Preuve péremptoire :* Vers le sixième mois de sa grossesse, Mme P... est atteinte d'une fièvre à allures très irrégulières, dont la nature n'a pu être déterminée que sur le tard, par le séro-diagnostic. La persistance de la température aux environs de 40° nous fait craindre pour la vie de l'enfant, ou tout au moins pour son expulsion prématurée. D'ailleurs l'état général est alarmant : albumine dans les urines, souffle cardiaque, congestion pulmonaire intense, du côté droit.

Devant la répugnance de l'entourage pour les moyens hydriatiques, je propose, pour abaisser la température, le bromhydrate de quinine à doses massives, 0,60 centigrammes sont pris dans la soirée ; 0,75 centigrammes le lendemain matin.

Six heures après l'administration de la deuxième dose, soit à 2 heures de l'après-midi, abaissement considérable de la température qui tombe à 37°5. Mais, à ce moment, ivresse quinique manifestée : la malade, auparavant très douce, veut à toute force se lever, exige la présence de M. le curé auprès d'elle, etc... Il appert qu'elle déménage.

Cependant elle se plaint de coliques sourdes, qui augmentent d'acuité jusqu'au soir. Je suis prévenu, et dès mon arrivée, vers 9 heures, je constate, par la palpation, que les contractions sont énergiques et soutenues, que le travail est commencé. Le doigt introduit dans le vagin se trouve aussitôt arrêté par une poche des eaux, en forme de boudin, d'une longueur approximative de cinq centimètres, tendue fortement par le spasme utérin. Je la prends tout d'abord pour le col très allongé, mais dès que le calme s'est rétabli, il me devient facile de reconnaître que le col est effacé et dilaté, que la dilatation est de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Je pénètre très aisément dans la cavité utérine jusqu'à la tête du fœtus, recouverte d'une mince pellicule : n'était son élévation et sa mobilité, je déterminerais la direction des sutures. L'avortement est donc imminent. Je place une sage-femme auprès de la malade avec recommandation de regarder mais de ne point toucher, sauf absolue nécessité.

La nuit se passe bien : pas de douleurs. L'ivresse quinique se dissipe peu à peu. Mais peu à peu la température remonte. Le lendemain à 9 heures tout est rentré dans l'ordre, le col est *refermé* et *reformé* en partie.

Aujourd'hui, cinq semaines après l'expérience, la grossesse continue. L'enfant s'agite comme un diable dans un bénitier ; son pouls est à 160. — Dr Colombe.

## BIBLIOGRAPHIE

**L'épilepsie**, par J. Voisin. (Alcan, éditeur).

Cet ouvrage, des plus intéressants, est une monographie complète et personnelle. Il comprend 12 chapitres, qui sont . 1° définition et causes de l'épilepsie ; 2° symptomatologie ; 3° épilepsie partielle ou Jacksonienne ; 4° hémiplégie spasmodique ; 5° marche et terminaison ; 6° diagnostic ; 7° pronostic ; 8° anatomie pathologique ; 9° pathogénie ; 10° traitement ; 11° assistance ; 12° médecine légale.

Parmi les idées personnelles, il faut citer un chapitre intéressant sur la démence épileptique ; elle présente deux aspects différents, suivant les sujets. Tantôt, elle revêt la forme de petit mal intellectuel, tantôt elle se rapproche davantage de la démence paralytique. Il faut aussi mentionner les recherches de l'auteur sur l'albuminurie post-paroxystique et la toxicité urinaire. Le diagnostic, le pronostic et le traitement sont exposés avec de grands développements Nous ne pouvons que féliciter l'auteur de cet excellent livre dont nous recommandons vivement la lecture à ceux qui s'intéressent à cette question.

**Les cirrhoses alcooliques du foie**, par le Dr Legry. Un volume, à la bibliothèque Charcot-Debove (Rueff, éditeur).

Ce petit volume est une excellente monographie sur la question des cirrhoses alcooliques. En faire l'analyse et en indiquer le contenu, la chose ne se peut, ou se bornerait à une énumération banale de têtes de chapitres (étiologie, pathogénie, etc.), laquelle énumération n'apprendrait rien du tout. Ce livre est si peu long (170 pages) qu'il vaut mieux le lire en entier plutôt qu'en lire une analyse, et nous félicitons M. Legry d'avoir su condenser en si peu de pages tout ce qu'il y a d'intéressant et de connu sur la question des cirrhoses alcooliques, qui s'y trouve mise à point.

**Leçons cliniques sur les maladies mentales**, faites à l'asile Sainte-Anne par V. Magnan (Alcan, éditeur).

Ce volume contient 13 leçons, traitant du délire chronique à évolution systématique, de l'état mental des dégénérés, des persécutés persécuteurs, des délires systématisés de persécution, des délires mystique, ambitieux, hypochondriaque, du délire chronique et des délires systématisés des dégénérés, des délires dans l'épilepsie et l'hystérie, du délire alcoolique et des délires systématisés dans l'alcoolisme, des délires systématisés dans la paralysie générale.

Ces leçons, fruit de longues années d'observation minutieuse, jettent une vive clarté sur la question des délires, cette importante et difficile partie de la psychiatrie, les observations sont d'un très grand intérêt et on ne saurait trop féliciter l'auteur de cet excellent travail.

**Les maladies du cœur et leur traitement**, par le professeur O. Rosenbach, de Berlin. 1897.

Dans son volumineux manuel sur les maladies du cœur, M. Rosenbach nous montre combien tous les troubles de l'énergie vitale retentissent sur le cœur, et combien il est faux de vouloir spécialiser et isoler les maladies de cet organe. Aussi ne nous trouvons-nous pas en présence de la traditionnelle classification anatomique des affections cardiaques, avec leurs conséquences mécaniques

Digitized by Google

seules : partout les causes et les effets biologiques sont considérés à leur juste importance.

La multiplicité clinique des cardiopathies apparaît avec toute la richesse de variétés qui frappe le praticien en présence des malades. Dans un travail de ce genre, les redites sont inévitables. La réalité est souvent serrée de près, parfois au détriment de la clarté qu'on est en droit de demander à un manuel didactique.

A côté des maladies dues à des lésions du cœur, ses troubles fonctionnels, les arythmies, les palpitations, en particulier celles d'origine gastrique — la névrose digestive du cœur, comme dit l'auteur — la tachycardie paroxystique, sont soigneusement étudiés et font le sujet d'autant de chapitres.

Dans la partie thérapeutique, l'hygiène du cardiaque tient une large place, tandis que les médications sont très succinctement traitées : la digitaline n'y est même pas mentionnée. Néanmoins, l'originalité de ce travail n'y est même pas mentionnée. — Dr S. Blind.

**Le premier livre de médecine et de chirurgie**, par MM. J. Bouglé, prosecteur de la Faculté, et A. Cavasse, interne des hôpitaux, 2 vol., chez J.-B. Baillière, éditeur.

Voici deux petits livres de *propédeutique*, à l'usage surtout des étudiants en médecine; ils ont pour but de réduire l'enseignement médico-chirurgical à sa plus simple expression. Ils renferment certainement des parties bien résumées et exposées; mais, dans leur intérêt, nous ferons aux auteurs deux petits reproches : d'abord, il nous semble que consacrer 70 pages aux maladies de l'appareil respiratoire, 40 pages à celles de l'estomac et de l'intestin, 35 à celles du foie, 25 à celles du rein, une soixantaine de pages à celles du système nerveux, c'est s'exposer à laisser dans l'ombre bien des sujets importants; ensuite, les jeunes auteurs de ces deux livres n'ont pas rendu à tous les travailleurs la justice qui leur est due. Ils ont cité quelques noms et en ont exclu d'autres, de sorte que l'on pourrait croire, de leur part, à un parti pris qui n'est certes pas dans leurs intentions. A part ces deux petits défauts, qui seront assurément corrigés à une seconde édition, ces deux ouvrages seront consultés avec fruit par les étudiants en médecine. — D. R.

**Chirurgie des voies urinaires. Etudes cliniques**, par le Dr E. Loumeau, professeur libre de clinique des voies urinaires. Fret et fils, éditeurs, Bordeaux, 1897.

Le Dr Loumeau a réuni en volume quelques-uns de ses travaux sur les maladies des voies urinaires, qui avaient déjà vu le jour isolément soit dans les revues, soit dans les communications à des sociétés savantes. Nous n'insisterons pas sur le renom que s'est si justement créé dans cette branche de la chirurgie le Dr Loumeau; l'intérêt qui s'attache à la lecture de la plupart des articles de ce volume est un argument nouveau en faveur de la décentralisation et une preuve incontestable d'un travail fécond, fait tout entier en dehors des sphères officielles. Nous signalerons plus particulièrement les recherches de l'auteur sur l'hypospadias, sur l'uréthroplastie pour fistule pénienne, les applications de la cystostomie, les nouvelles méthodes opératoires de l'hypertrophie de la prostate, etc. En somme, œuvre intéressante et dont la lecture est, en tous points, recommandable. — L. F.

**Des origines épidémiques, considérées au double point de vue bactériologique et philosophique**, par le Dr H. Boucher. 1 vol., chez Doin.

Ce livre est un combat acharné contre la bactériologie; il peut se résumer par cette phrase que nous trouvons à la fin de l'ouvrage : « Je supplie la médecine, cette science sublime, si attachante, dit Boucher, de se soustraire au plus vite au microbe qui l'empoisonne, de laisser les bactériologues se débrouiller avec leurs toxines, leurs vaccines et leurs streptocoques, sans oublier les pneumocoques, tous les coques, staphylococques et gonocoques, les vibrions et les bacilles, les spirilles, les phagocytes, les bâtonnets, puis les virgules, etc., etc. » Nous ne savons si le désir de M. Boucher est appelé à se réaliser dans un avenir plus ou moins éloigné, mais nous tenons néanmoins pour certain qu'il sera bien difficile de jeter par-dessus bord tout ce que l'observation précise nous a appris depuis vingt ans et de faire table rase de toutes nos connaissances bactériologiques. — M. D.

## *THERAPEUTIQUE HYDRO-MINERALE*

### Les stations thermales salines
*françaises et allemandes*

La mode et l'engouement continuent à faire affluer aux stations d'outre-Rhin les baigneurs et l'or de la France; en vain les travaux accumulés depuis 1870 par les Gubler, les Bouchard, les Dujardin-Beaumetz, les Robin, les Huchard ont mis en lumière les richesses de nos eaux et nous ont permis, mettant d'accord la science et le patriotisme, de proclamer leur incomparable supériorité!

Supériorité qui s'affirme avec une parfaite évidence lorsqu'il s'agit des « eaux salées », chlorurées fortes, iodo-bromurées. « Si « l'Allemagne, écrit le Dr Ch. Lavieille, compte jusqu'à 80 de ces « sources, elle ne peut nous en montrer aucune qui entre, nous « ne disons pas en rivalité, mais en comparaison avec Salies-de-« Béarn, Dax, Biarritz-Briscous ou la *Mouillère-Besançon*. »

Cette dernière surtout, — à 6 h. 1/2 de Paris et à 5 heures de Lyon, avec son climat de « petite altitude » (260 mètres), avec les agréments *de son site merveilleux, dans cette belle vallée du Doubs « préface de la Suisse » et de son splendide casino* — dispense, dans un établissement sans rival en tant que bonne entente et perfection de l'outillage de ses services médicaux, une *eau salée naturelle* d'une richesse de chloruration et de bromuration véritablement incomparable :

M. le Dr Monin, dans l'une de ses remarquables « *Esquisses hydrologiques* », le Dr Baudin, médecin de l'établissement, et ses avants confrères de la Société de médecine de Besançon et de la Franche-Comté, dans une série d' « *Etudes cliniques* », ont bien établi les puissantes vertus thérapeutiques, éminemment toniques, reconstituantes et orthotrophiques de ces eaux dans les débilités, es épuisements, les convalescences, dans l'anémie, dans le lymphatisme et la scrofule, dans les tuberculoses localisées, dans nombre d'affections nerveuses chroniques, de maladies gynécologiques (fibrômes) ou chirurgicales anciennes.

Les *eaux-mères* de la Mouillère reçoivent aussi, à cette station, l'emploi fréquent et rationnel auquel, faute de mieux, on vise, surtout dans les stations allemandes. Enfin, comme à celles-ci encore, on trouve à la Mouillère-Besançon toutes les ressources complémentaires, adjuvantes ou accessoires du traitement salin : hydrothérapie et sudothérapie, massage, électrothérapie, gymnastique orthopédique et médicale (suédoise), cure de lait, de petit lait et de képhir, service de radiographie et de radioscopie, laboratoire d'analyses chimiques et micrographiques, etc.

Restons en France, nous y gagnerons de toutes façons.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

## Quelques considérations sur les urémies et leur traitement.

I

Lorsque le professeur Bouchard est arrivé à démontrer que l'urémie est un empoisonnement multiple et complexe, il a eu certainement en vue l'urémie constituée, l'urémie en quelque sorte ultime dont il a fait la synthèse, et qui sert à désigner — comme l'a dit Lancereaux — « la rétention et l'accumulation dans le sang des principes azotés résultant de la combustion nutritive »

Il est utile d'en faire maintenant l'analyse et de procéder au démembrement clinique des urémies. Du reste, cette œuvre a déjà été commencée, au moins au point de de vue chimique, puisque le savant professeur de pathologie générale est parvenu à isoler sept ou huit substances toxiques ayant des propriétés diverses : convulsive, comateuse, dyspnéique, arthralgique, hypo ou hyperthermique, sialogène, myotique.

Tout d'abord, je ferai remarquer que, dans la question de l'urémie, on s'est peut-être occupé trop exclusivement des substances qui sont en trop, et pas assez de celles qui sont en quantité insuffisante. Ainsi, à la période tout à fait ultime de l'urémie, les chlorures urinaires peuvent tomber rapidement, en dehors même du régime lacté exclusif, de 10 à 12 grammes par jour. chiffre normal, à 1 gr. 50, 1 gramme, 50. centigrammes, et même disparaître complètement. Ce phénomène de l'*hypochlorurie* et de l'*achlorurie urinaire*, signalé autrefois par Méhu et que j'ai étudié il y a deux ans au point de vue clinique, a une importance pronostique considérable, il signifie le plus souvent : mort à brève échéance, dans l'espace de quelques jours, et même de vingt-quatre heures. Lorsque cette hypochlorurie est constatée, il est indiqué de fournir à l'organisme en ingestion stomacale, ou encore à l'aide de lavements (2 à 4 gr. de chlorure de sodium pour 300 d'eau), d'injections sous-cutanées salines (7 gr. pour 1000), le chlorure de sodium qui lui manque et dont il a besoin pour son fonctionnement.

D'une autre part, il y a des urémies *associées*, ce que l'on ne dit pas assez. Elles sont associées à des infections microbiennes, et de ce nombre sont les urémies des suppurations des organes génito-urinaires, des pyélites, etc., ce qui imprime à l'allure de l'empoisonnement urémique une marche tout à fait particulière, ce qui donne lieu tantôt à l'hypothermie, tantôt et le plus souvent à l'hyperthermie, ce qui enfin complique les indications thérapeutiques, celles-ci devant s'adresser non seulement à l'insuffisance urinaire, mais aussi à l'infection microbienne. Il est parfaitement démontré, en effet, que l'urémie des « urinaires » n'est pas celle de la néphrite scarlatineuse, de la néphrite parenchymateuse ou de la néphrosclérose.

Mais il y a encore bien des points obscurs. Pourquoi l'urémie gravidique est-elle presque toujours comateuse ou convulsive? Pourquoi, dans ce cas, la saignée et le chloral, la saignée surtout, sont-ils des moyens tout-puissants, tandis que dans d'autres formes urémiques ils ont une action beaucoup moindre? En effet, prenez un dyspnéique urémique, et par cette médication, vous obtiendrez une sédation seulement éphémère de la dyspnée. Au moyen de la saignée vous pouvez diminuer pour un instant la quantité de quelques toxines de l'organisme, mais l'intoxication se reproduisant sans cesse par l'alimentation, c'est à l'alimentation qu'il faut s'adresser si l'on veut tarir la source du mal. Ceci m'amène à vous parler de la marche, de la nature et du traitement d'une urémie, de celle que l'on observe dans la sclérose cardio-rénale.

II

Suivez avec moi un malade atteint de sclérose cardio-rénale, avec ou sans albuminurie. Vous savez que dans ce cas, lorsque l'albumine est constatée, elle est le plus souvent, au début du moins, très peu abondante : 5 à 20 centigrammes au plus par jour.

Il s'agit d'un *faux* valvulaire, âgé de cinquante à soixante ans, avec un souffle systolique parfois intense à la pointe du cœur; la dyspnée s'est installée depuis longtemps déjà (dyspnée d'effort, ou encore paroxystique nocturne), et l'on a trop souvent de la tendance à l'attribuer à la congestion passive des deux bases pulmonaires lorsqu'il y a en même temps quelques signe d'hyposystolie. Mais le souffle mitral n'a qu'une importance très secondaire, l'insuffisance auriculo-ventriculaire n'a que peu de valeur, le malade *étant mitral par le souffle et aortique ou artériel par la maladie.* — Il s'agit encore d'un arythmique atteint de la même dyspnée, et la digitale dont on abuse alors, ne peut rien contre cette boiterie cardiaque désormais irrémédiable. Dans les deux cas, la maladie semble être seulement au cœur, mais le danger est au rein.

Il est au rein, car si vous soumettez le malade au régime lacté exclusif, vous verrez disparaître en quelques jours d'une façon certaine tous les symptômes dyspnéiques que vous aviez pu attribuer d'abord à l'insuffisance du myocarde et à la congestion pulmonaire concomitante. On connaît sans doute très bien les bons effets du régime lacté, aidé ou non de la théobromine, le plus sûr et le plus puissant des diurétiques; mais on connaît moins les mauvais effets de l'alimentation, et si, après quelques semaines, vous faites manger de la viande à votre malade, vous ne tardez pas à voir survenir les mêmes accidents dyspnéiques, de sorte que vous pouvez ainsi créer une véritable dyspnée expérimentale au lit du malade. Là est le danger; il est presque exclusivement dans l'alimentation carnée, et la dyspnée mérite bien les noms de *toxique, ptomaï-*

Digitized by Google

*nique*, ou mieux de *toxi-alimentaire* que je lui ai donnés. A ce sujet, je ferai encore la remarque qu'en matière d'urémie, on dit bien ce qu'il faut faire au point de vue thérapeutique, mais pas assez *ce qu'il ne faut pas faire*. Et ce que l'on ne doit pas faire, c'est laisser au malade le choix de son alimentation.

On prétend que cette dyspnée alimentaire est une dyspnée « urémique ». Je le veux bien ; mais il faut ajouter qu'il s'agit d'une urémie particulière, causée non pas par un empoisonnement multiple, complexe et endogène, mais par un poison *unique*, simple, d'origine exogène et alimentaire, empoisonnement que l'on peut supprimer ou faire réapparaître à volonté. Peut-on en dire autant des autres dyspnées urémiques et de l'urémie constituée, telle que M. Bouchard la comprend ?

On dit cette dyspnée urémique parce qu'elle résulte, comme tous les accidents du même genre, de l'imperméabilité rénale. Sans doute ; mais celle-ci ne constitue pas à elle seule l'empoisonnement urémique, et la nature des toxines à éliminer joue un rôle capital. Prenez deux malades, atteints d'un même degré d'imperméabilité rénale ; donnez à l'un de l'opium, à l'autre de la belladone ou de la digitale à dose toxique. Est-ce que les deux ou trois empoisonnements seront les mêmes ? C'est là une vérité banale, mais bonne à rappeler. Ce qui prépare l'urémie, c'est l'impermeabilité rénale ; ce qui la *fait*, c'est la substance toxique.

Depuis plus de dix ans, j'insiste sur cette dyspnée toxi-alimentaire, sur sa cause, sur ses allures cliniques, sur son traitement, et je remercie M. Le Gendre d'avoir bien voulu citer un passage de mes leçons où je parle expressément de cette sorte de petite urémie alimentaire, prémonitoire de la grande. J'espère que cette citation se transformera bientôt dans son esprit en confirmation absolue.

De son côté, M. Dieulafoy qui n'avait pas parlé de ces faits dans les neuf premières éditions de son manuel de pathologie interne, a écrit ce passage dans la dixième édition parue cette année : « Certains brightiques sont littéralement empoisonnés dès qu'ils substituent l'alimentation carnée au régime lacté. » Puisqu'il ne donne pas de citation d'auteur, il est probable que M. Dieulafoy a fait par lui-même une constatation que j'ai signalée et étudiée depuis dix ans, et qu'il n'a pas dû lire mes diverses et réitérées communications sur ce sujet, ce qui peut donner à la rigueur une certaine valeur à l'exactitude absolue du fait. Mais, au lieu de « certains brightiques », il faudrait dire : *tous* les malades atteints de sclérose rénale, car le « brightisme » n'est pas une maladie, et cette expression tend à confondre des affections tout à fait différentes, que Bright n'a jamais confondues.

Les résultats du traitement (disparition de la dyspnée par la suppression de la viande, de l'alimentation ordinaire et par l'administration du régime lacté exclusif, son apparition rapide et certaine dès la reprise de l'alimentation carnée), ont une précision tellement mathématique, en quelque sorte, que la sanction thérapeutique devient le plus souvent la sanction d'un diagnostic douteux, comme vous allez le voir par ces quelques exemples :

Un malade atteint de dyspnée toxi-alimentaire et de dyspnée due à des poussées œdémateuses du poumon, est soumis au régime lacté exclusif ; la première dyspnée disparaît, la seconde reste, ce qui prouve déjà manifestement qu'elle n'est point de nature exclusivement toxique, et qu'elle doit être soumise à une autre médication. — Un aortique a de la dyspnée toxi-alimentaire avec des attaques d'angine de poitrine que l'on confond si souvent, trop souvent avec la dyspnée ; les symptômes respiratoires s'amendent promptement, l'angine de poitrine demeure, ce qui prouve que ce dernier syndrome n'est pas le résultat d'une intoxication et qu'il doit être traité différemment. — Un cardio-artériel asystolique est atteint d'une dyspnée complexe, l'une d'origine rénale (toxi-alimentaire), l'autre d'origine cardio-pulmonaire par congestion passive des deux bases des poumons ; la première guérit promptement par le régime lacté, et pour faire disparaître la seconde il faut instituer la médication anti-asystolique par la digitale.

Mais, qu'on ne s'y trompe pas. Cette médication par le régime alimentaire ne s'adresse pas seulement à un symptôme, la dyspnée, elle vise encore le traitement de la maladie, et en m'appuyant sur des faits extrêmement nombreux qui se comptent par centaines, j'affirme que dans les aortites, les cardiopathies artérielles et l'artério-sclérose généralisée, *le régime alimentaire forme la base de la médication*, et que sans lui, les iodures dont on abuse souvent, n'ont qu'une action très limitée et même douteuse. Bien plus encore, l'alimentation ne fait pas seulement disparaître un symptôme très pénible comme la dyspnée, elle n'améliore pas seulement la maladie artérielle, elle est capable encore de la prévenir chez les individus prédisposés. Mais, lorsque la sclérose vasculaire est installée, alors cette thérapeutique s'impose dans toute sa rigueur, et pour en bien faire comprendre l'importance absolue aux malades récalcitrants comme aux médecins incrédules, je n'hésite pas à leur dire : « Il faut se soumettre à ce régime alimentaire... ou se démettre. »

Sans doute, on se heurte souvent, pour l'application de ce traitement, à une objection que font malades et médecins, objection basée principalement sur l'affaiblissement qui peut en résulter.

D'abord, il est possible d'y remédier presque complètement, en prescrivant la théobromine qui est un tonique musculaire en ordonnant trois fois par jour un verre à bordeaux de bon vieux vin avec eau d'Evian, en ajoutant du chlorure de sodium à l'alimentation, en soumettant les malades à un repos relatif, en insistant toujours sur la quantité de lait nécessaire pour l'alimentation et la nutri-

Digitized by Google

tion (trois à quatre litres). D'une autre part, il ne faut pas oublier que la faiblesse accusée par les malades est souvent l'effet de leur état morbide, loin d'être provoquée par la médication. En tous cas, lorsque le régime lacté absolu s impose, il faut choisir entre l'affaiblissement (souvent théorique),et l'empoisonnement à brève échéance.

Ainsi, se trouve établie, une fois de plus, la distinction clinique si importante entre les cardiopathies *valvulaires* et les cardiopathies *vasculaires*. Le danger des premières est dans l'asystolie ; le danger des secondes est dans l'intoxication.

Comme cette intoxication alimentaire peut persister pendant des mois et des années, il est bien entendu, que l'alimentation lactée ne doit pas être continuée pendant tout ce temps dans sa rigueur absolue, et je prescris le régime lacté exclusif pendant huit jours ; puis, le régime lacté mitigé pendant huit autres jours : 1 litre 1[2 à 2 litres de lait par jour, légumes de toutes sortes, quelques fruits, peu de viande et jamais le soir. (Eviter : viandes faisandées et peu cuites, viandes en excès , fromages faits, gibier , conserves alimentaires, poissons de mer, bouillons et potages gras en excès, etc.)

Par l'observation clinique, je suis arrivé à démontrer que les toxines alimentaires ont une *action raso-constrictive* des plus marquées. En effet, lorsque ces malades sont soumis à l'alimentation carnée, l'intoxication qui en résulte se manifeste par la pâleur du visage et des téguments, par un aspect des plus anémiques, par l'exagération des caractères du pouls qui devient réellement serré, concentré et *cordé*, comme disaient les anciens. Voilà « le chloro-brightisme » de quelques auteurs. Singulière chlorose qui peut disparaître *en quelques jours* par la prescription du régime lacté absolu, due au trouble fonctionnel du contenant (contracture vasculaire) et non spécialement à la lésion du contenu, c'est-à-dire du sang ! Singulière chlorose amendée et guérie par le régime lacté exclusif, et par la proscription de l'alimentation carnée! Comme les noms ont de l'importance en médecine, puisqu'ils peuvent constituer ou perpétuer l'erreur, dites plutôt, si vous le voulez absolument, *pseudo*-chlorose brightique.

J'ai dit que cette dyspnée toxi-alimentaire est d'origine rénale ; mais on doit penser que l'insuffisance hépatique joue également un rôle. En effet, Paulow et Massen (de Saint-Pétersbourg) ont reproduit sur des chiens l'opération de Eck, consistant dans l'abouchement direct de la veine-porte avec la veine-cave, ce qui réalise la suppression fonctionnelle du foie. Or, ils ont remarqué que dans ces conditions, les animaux ne peuvent manger de la viande sans s'exposer à des accidents nerveux très intenses, parmi lesquels la dyspnée tient une place importante.

III

Chez ce malade atteint de sclérose rénale ou cardio-rénale, il arrive un jour où la langue devient saburrale, où des fermentations gastro-intestinales se produisent, caractérisées par du météorisme abdominal, une tendance à la diarrhée fétide, etc. Ce n'est pas encore l'urémie, dans le sens que l'on attache à ce mot, et ce n'est encore que de l'intoxication gastro-intestinale. Le traitement consiste alors en quelques purgatifs, lavages de la bouche, lavages d'estomac, lavements copieux (entéroclyse), injections sous-cutanées plus ou moins abondantes (500 grammes au moins par jour) de solutions salines que l'on a pompeusement appelées du nom de « sérum artificiel. »

Puis, à la fin de la maladie, arrive l'urémie *endogène*, par auto-intoxication multiple. Je n'ai pas à parler de son traitement qui est bien connu. Cependant, on n'insiste pas assez sur la médication purgative intensive dont les bons effets sont physiologiquement établis par les expériences de Cl. Bernard et Barreswill démontrant qu'après l'ablation des reins chez les animaux, l'élimination de l'urine s'effectue par l'estomac et par l'intestin. Il y a ainsi des vomissements et des diarrhées qu'il faut savoir respecter, et il est indiqué de prescrire, non pas des purgatifs salins qui sont souvent insuffisants, mais des drastiques (scammonée, eau-de-vie allemande, huile de croton). Lancereaux, qui insiste si judicieusement sur cette indication, ajoute qu'il ne faut pas se contenter de prescrire une fois ces divers purgatifs, mais plusieurs jours de suite à doses élevées, parce que « pour éliminer du sang les matières excrémentitielles qui y sont retenues, pour combattre avantageusement l'urémie en un mot, il faut non seulement purger, mais produire une superpurgation ».

Comme le fait remarquer encore l'éminent clinicien, ce n'est pas seulement le tube digestif qui est amené à remplacer les reins, et l'élimination des matières toxiques peut se faire encore à l'aide d'ulcères suintant des jambes qui se produisent parfois spontanément sur les membres œdématiés. Aussi, doit-on chercher à provoquer des ulcères de ce genre qui ont souvent pour résultat « de prolonger l'existence des malades ». Rien n'est plus vrai, comme le fait suivant que j'ai observé, il y a quelques années à l'hôpital Bichat :

Un malade était atteint de sclérose cardio-rénale avec accidents urémiques extrêmement graves, et œdème considérable des membres inférieurs, pour lequel je fis pratiquer des mouchetures à l'aide d'une aiguille flambée au rouge blanc. On ne prit pas la précaution de faire l'asepsie de la peau sur laquelle les mouchetures devaient être pratiquées, et il en résulta un phlegmon diffus que l'on dut bientôt ouvrir largement en plusieurs endroits. Dès ce jour, après l'évacuation du pus, il s'écoula une quantité considérable de liquide, et les braves symptômes urémiques, jusque-là très rebelles à toute médication, cesserent complètement. Ces ouvertures restèrent béantes pendant trois mois environ, grâce à l'introductiou de plusieurs drains, et le malade dont l'existence était menacée à brève échéance, sortit tout à fait guéri, à la fois de ses

Digitized by Google

accidents asystoliques et urémiques. Cette guérison inespérée n'est jamais sortie de ma mémoire, et j'ai observé plusieurs faits semblables — le phlegmon diffus en moins — dont l'un très intéressant avec mon excellent collègue de la Société de thérapeutique, le Dr Créquy. Fait important à remarquer, dès le moment où le liquide des membres œdématiés a trouvé issue au dehors, j'ai vu assez souvent cesser la diarrhée urémique, alors insuffisante, dont les malades étaient atteints. L'observation de Lancereaux est donc tout à fait exacte, et je n'hésite pas, dans des cas semblables, à pratiquer de grosses mouchetures sur les membres œdématiés avec la pointe rougie d'un thermo-cautère.

Un mot des *intoxications alimentaires aiguës* que l'on observe quelquefois dans la sclérose rénale et dont la vraie cause est souvent méconnue. Je l'opposerai à l'intoxication alimentaire *chronique* dont je vous ai entretenus.

Il y a trois ans, en 1894, un de mes malades, artério-scléreux, soumis depuis dix-huit mois avec succès au régime alimentaire que vous connaissez, vient à Paris et à la mauvaise idée d'entrer chez un restaurant où il mange du caviar, du gibier et du fromage avancé. Le soir même, il fut atteint d'accidents dyspnéiques formidables, puis le lendemain d'une éruption scarlatiniforme presque généralisée, comme il arrive souvent dans les intoxications alimentaires, et en quarante-huit heures il fut emporté par cette dyspnée intense coincidant avec une anurie presque complète. En 1895, M. Dieulafoy publia un fait presque identique terminé par la mort en quelques jours, et M. Potain qui fut appelé en consultation et que j'ai interrogé à cet égard, il y a quelques jours, se rappelle avoir assisté à des accidents semblables dont l'importance ne doit pas vous échapper, puisqu'à côté de l'intérêt clinique peut se dresser dans ces cas une question médico-légale intéressante et facile à trancher, surtout si l'on est en possession du diagnostic et de la connaissance pathogénique.

Que de morts ainsi inexpliquées chez les vieillards atteints d'une néphro-sclérose latente, ou tout au moins d'imperméabilité rénale, fréquente à cet âge! Et que d'accès d'asthme ou de pseudo-asthme d'origine toxi-alimentaire, et non pas de nature nerveuse, comme on le dit trop souvent!

On a parlé dernièrement beaucoup des accidents survenus à bicyclette chez les malades atteints d'affections diverses du cœur, et on a peut-être exagéré leur fréquence. Par contre, je ne vois mentionnés nulle part les dangers des longs voyages en chemin de fer pour les malades atteints de néphro-sclérose, et par conséquent d'imperméabilité rénale incomplète qui tend à se transformer rapidement en imperméabilité complète par suite de la congestion rénale résultant de la trépidation incessante produite par ce genre de locomotion. J'ai vu assez souvent survenir des accidents urémiques très graves et même mortels à la suite de ces longs voyages, et l'exemple d'un grand monarque qui, après avoir parcouru dans ces conditions une partie de son empire, fut emporté par des accidents urémiques se produisant régulièrement après chaque voyage, est particulièrement instructif à citer.

Je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé ce sujet si important des urémies. A la suite du travail si documenté de M. Le Gendre, j'ai voulu seulement mettre un peu plus en lumière une forme d'urémie alimentaire que j'ai depuis longtemps étudiée et qui me paraît avoir un grand intérêt, comme le démontre une fois de plus la thèse récente sur ce sujet, d'un de mes élèves, M. Picard. Je partage les opinions de M. Le Gendre sur presque tous les points. Cependant, je me permettrai de lui faire remarquer que le nitrite d'amyle n'a aucune action anti-dyspnéique, et que la dyspnée *asystolique*, ainsi que la dyspnée *mécanique* (résultant d'un hydrothorax ou d'un hydropéricarde concomitant) n'appartiennent pas à la question et ne doivent pas trouver place dans la description et le traitement des accidents urémiques.

Je terminerai par les considérations suivantes :

Autrefois, Sénèque a dit que « l'homme ne meurt pas, qu'il se tue ». Il se tue par l'alimentation. Les toxines alimentaires, à titre de poisons vaso-constricteurs, sont des poisons artériels. La vaso-constriction plus ou moins répétée, plus ou moins permanente qui en résulte, aboutit au surmenage artériel et devient ainsi *une des causes les plus fréquentes de la sclérose vasculaire.* Voyez la goutte : elle est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur ; on est goutteux par droit de naissance ou de conquête, et on acquiert la goutte par une alimentation azotee excessive. De sorte que le régime alimentaire est la base du traitement, non seulement de la dyspnée toxi-alimentaire et de la sclérose artérielle confirmée, mais encore de la sclérose artérielle à venir.

# CLINIQUE MÉDICALE

## Troubles dus à l'insuffisance nasale

Par H. Mendel, *ex-interne des hôpitaux de Paris*

### I

Etant donné l'importance de la respiration nasale, on conçoit que sa suppression complète ou incomplète puisse produire des troubles très nombreux, très étendus et disparates en apparence.

Ces troubles peuvent se diviser en deux groupes, suivant qu'ils dérivent directement ou indirectement de l'obstruction nasale ; mais, parmi les troubles dérivant directement de l'obstruction nasale, il en est un sur lequel il est bon, croyons nous, d'insister et qui fera le sujet de cette étude, c'est l'*Insuffisance de l'hématose.*

On sait que, par chaque mouvement respiratoire moyen, un homme fait passer par ses poumons un demi-litre d'air

Digitized by Google

environ. A raison de 16 inspirations par minute, soit 23.040 en vingt-quatre heures, il fait passer par ses poumons un volume d'air de 11.520 litres. Or, on sait, d'après les recherches d'Andral et Gavarret et des autres physiologistes, que, dans l'acte de la respiration. à 100 volumes d'air, il est enlevé 5,5 d'oxygène. Nous pouvons donc dire qu'un sujet normal consomme en 24 heures

$$\frac{5{,}5 \times 11.520}{100} = 633{,}6 \text{ litres d'oxygène}$$

soit en poids à une pression de 760 m/m. et à une température de 15° :

868 grammes

Nous pouvons considérer ce chiffre comme représentant la ration d'oxygène nécessaire pour un homme moyen.

Supposons maintenant qu'un autre sujet de même âge et de même stature n'ait à sa disposition qu'un orifice respiratoire de valeur inférieure, et que, tout en ne faisant, comme dans le précédent exemple, que 16 inspirations par minute, il ne puisse inspirer à chaque mouvement respiratoire que 400 centimètres cubes. Effectuant les mêmes calculs que ci-dessus, nous trouverons que le second sujet n'absorbe en 24 heures que 506 litres 88 ou 694 grammes d'oxygène.

On voit donc que ce second sujet éprouvera au bout de 24 heures une très notable déperdition d'oxygène puisqu'il ne pourra en consommer que 79 pour 100 de sa ration nécessaire. Même en supposant une compensation énergique à cette insuffisance nasale, nous pouvons encore admettre par 24 heures une très sensible déperdition, qui aura pour résultat l'insuffisance de l'hématose.

L'insuffisance de l'hématose a été étudiée par Paul Bert dans ses belles expériences sur la respiration dans les milieux raréfiés. Cet auteur a constaté, en effet, que la consommation d'oxygène dans un temps donné diminue quand diminue la pression elle-même ; l'excrétion de l'acide carbonique diminue parallèlement. Que la diminution dans la consommation de l'oxygène tienne à la dépression de l'air ou au rétrécissement de l'orifice respiratoire, le résultat est le même, et nous croyons pouvoir comparer complètement l'état d'un homme atteint d'obstruction nasale à celui d'un animal respirant dans une atmosphère déprimée.

Après avoir constaté que la consommation de l'oxygène et que les combustions intra-organiques d'où dépendent la formation de l'acide carbonique sont considérablement diminuées par le séjour dans l'air déprimé. Paul Bert fit des recherches sur la composition de l'urine émise par les animaux soumis à ces expériences. Il constata qu'un séjour de quelques heures dans un air dont la pression a été abaissée de plus de moitié abaisse notablement la quantité d'urée excrétée en 24 heures : fait qui montre que tous les actes d'oxydation intra-organiques se trouvent diminués.

Paul Bert a constaté encore à plusieurs reprises la présence du sucre dans l'urine des animaux maintenus pendant quelques heures à de faibles pressions. Lorsque la décompression n'a pas duré longtemps, mais a été forte, le sucre augmente dans le sang : il revient à sa dose normale lorsque la dépression a été suffisamment prolongée.

Enfin, il n'est pas étonnant, ajoute Paul Bert, en présence de cette diminution des phénomènes chimiques de l'organisme, de voir s'abaisser la temperature du corps constamment chez les animaux.

Si nous considérons maintenant l'ensemble de la pathologie, nous pouvons nous rendre compte que l'insuffisance de l'hématose y joue un rôle étiologique primordial.

« Dans la grande classe des maladies de la nutrition, la véritable thérapeutique pathogénique, dit Le Gendre, doit obliger l'organisme à brûler les acides : alimentation non excessive, usage de boissons chaudes assez abondantes prises de préférence le soir au moment du coucher ; exercice régulier à l'air libre et dans une atmosphère sèche ; gymnastique avec prédominance des mouvements des membres supérieurs destinés à augmenter l'amplitude des mouvements respiratoires (*Traité de médecine*). »

Une toute récente discussion à la Société de Thérapeutique (24 février 1897) nous paraît particulièrement démonstrative. Il s'agissait du traitement de la chlorose et M. Huchard venait de faire remarquer combien les climats de montage sont préjudiciables dans cette maladie. « A ce point de vue, disait M. Huchard, on ne saurait trop condamner les hautes altitudes, comme celles de Saint Moritz (dans l'Engadine) situé à 1850 mètres au-dessus du niveau de la mer, dont le climat trop excitant devient une cause d'aggravation de la maladie. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, car je suis allé à Saint-Moritz et j'ai constaté le fait de la façon la plus irréfutable, j'ai vu des malades qui en revenaient singulièrement aggravées. » A ce propos, M. Le Gendre fit la remarque suivante :

« J'ai constaté, comme M. Huchard, que les altitudes excessives étaient préjudiciables aux chlorotiques et je pense que la diminution de la pression atmosphérique explique cet effet nuisible de la trop haute montagne ; car, au contraire, j'ai vu d'excellents effets obtenus par l'emploi des bains d'air comprimé. Je pourrais citer plusieurs cas de chlorose rebelle, récidivant malgré l'hygiène et le fer, et qui n'ont guéri définitivement qu'après une cure de bain d'air comprimé. »

Si nous poursuivons le raisonnement jusqu'au bout, nous verrons à quel vaste aperçu nous a conduit l'étude de l'insuffisance nasale et sans aller trop loin, nous pouvons concevoir des affections générales dyscrasiques peut-être nombreuses dont l'origine serait l'anoxyhémie chronique reconnaissant pour cause une insuffisance nasale.

Supposons qu'une des chlorotiques citées précédemment comme guéries par des bains d'air comprimé soit porteur d'une obstruction nasale partielle — le médecin n'en sait rien, la malade ne s'en inquiète pas — ; en traitant cette malade par des bains d'air comprimé, on lui permet d'absorber une plus grande quantité d'oxygène et

Digitized by Google

on la guérit ; ne peut-on pas penser qu'on serait arrivé au même résultat, si on avait restitué à la patiente une perméabilité nasale normale ? Elle avait pu désormais extraire spontanément sa ration nécessaire d'oxygène de l'atmosphère ambiante, et toute chance de récidive aurait été écartée puisque la malade se serait trouvée dans des conditions normales. Nous avons pu constater une augmentation notable du nombre des globules rouges chez deux adénoïdiens que nous avons débarrassés de leurs tumeurs adénoïdes.

Ce raisonnement peut être suivi à propos de cette classe si nombreuse de maladies de la nutrition, pour lesquelles la suroxygénation présente un traitement commun. Combien de cas étiquetés actuellement, neurasthénie, dépression nerveuse, anémie ressortissent peut-être de l'insuffisance nasale.

D'autre part, il est certain que l'anoxyhémie est un facteur puissant de déchéance : elle prépare le sujet aux infections microbiennes diverses.

Ces idées sont bien neuves : la rhinologie a paru jusqu'ici si accessoire ! Je crois cependant n'être pas téméraire en espérant qu'elles peuvent être acceptées et étudiées. Il y a là en effet une source d'études nouvelles, séduisantes, car elles comporteraient un progrès thérapeutique véritable.

Pour l'instant, nous nous bornerons à l'observation des tumeurs adénoïdes : à cette maladie qui réalise pour nous le type de la nutrition ralentie par obstruction nasale, nous avons dit que bien d'autres types restaient à découvrir. Peut-être les effets de l'insuffisance de l'hématose sont-ils plus sensibles chez les enfants, car le nombre de leurs mouvements respiratoires est plus grand que chez l'adulte, et en conséquence la déperdition d'oxygène qu'ils subissent par le fait de l'insuffisance nasale doit être plus forte. Il faut considérer en outre que les besoins d'oxygène sont plus relativement intenses chez l'enfant qui se développe que chez l'homme fait.

La description de cette affection a été faite maintes fois : nous ne la reprendrons pas : nous dirons seulement que les enfants porteurs de ces tumeurs sont retardés dans leur développement et atteints dans leur nutrition générale. L'ablation des végétations adénoïdes, en restituant la fonction nasale rend presque immédiatement la santé à l'enfant : ce résultat merveilleux a été constaté par tous les praticiens et n'a pas peu contribué à vulgariser cette intervention.

« Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale, disent Castex et Malherbe (Contribution à l'étude des tumeurs adénoïdes, *Bull. méd.*, 1894), sont des plus importants En général, il faut plusieurs semaines pour que le résultat complet soit acquis. Alors il n'est plus douteux que l'enfant soit notablement amélioré, avec une respiration nasale plus facile, on constate un mouvement actif de croissance. L'opéré mange mieux, commence à tenir sa bouche fermée, il prend des couleurs. Son intelligence devient plus active et ses maîtres constatent que, plus attentif aux leçons, leur élève apprend et retient mieux. L'ouïe s'améliore, le thorax et le rachis qui tendaient à se déformer, reviennent vers le type normal. »

Castex et Malherbe se sont particulièrement appliqués à déterminer la *croissance post-opératoire :* ils ont pu conclure de leurs recherches que, en moyenne, un enfant opéré de tumeurs adénoïdes présente un mouvement de croissance plus que doublé, presque triplé. Ce mouvement de croissance s'accuse surtout dans les semaines qui suivent l'opération pour se ralentir après, ce qui est bien à l'éloge de l'opération.

Chez l'adulte, on ne connaît encore aucun état comparable à celui dont nous venons d'esquisser le tableau chez l'enfant. Une seule maladie est manifestement causée par l'insuffisance nasale, c'est l'asthme ou plutôt certaines formes de l'asthme. Nous avons dit que c'est en observant la guérison fréquente de l'asthme par l'ablation de polypes du nez que les auteurs allemands ont imaginé la théorie du réflexe nasal. Voltolini cherchant à interpréter l'origine nasale de l'asthme ne s'était pas prononcé entre un trouble chimique de la respiration et un réflexe. Hack se fit le défenseur de la théorie réflexe sous le prétexte que de petits polypes n'obstruant pas la fosse nasale avait déterminé des crises d'asthme.

Il est facile de réfuter l'objection de Hack : nous avons montré combien, le plus souvent, le décubitus et le sommeil suffisent à transformer une obstruction légère en une obstruction complète. Or, si nous lisons une quelconque des observations de Hack, nous voyons le malade se plaindre, dit-il, de souffrir chaque nuit d'obstruction du nez ; d'où insuffisance de l'hématose et angoisse respiratoire. Ces angoisses ne se produisent jamais le jour, la perméabilité du nez étant presque normale, mais elles se produisent la nuit, quand le malade ne reçoit pas la ration d'oxygène nécessaire.

De très nombreuses observations de guérison d'asthme par traitement du nez — c'est-à-dire par rétablissement de la perméabilité nasale — me dispensent d'insister.

Nous tenons donc pour certain que l'obstruction nasale en déterminant l'insuffisance de l'hématose peut produire de l'asthme et chez les enfants ces attaques de laryngite striduleuse qu'on a décrites chez les petits porteurs de tumeurs adénoïdes.

Qu'on adopte la théorie du spasme bronchique ou celle du spasme des muscles inspirateurs, il n'en est pas moins vrai que bien souvent le point de départ du réflexe est l'insuffisance de l'hématose.

Deux autres théories sur le mécanisme de l'accès ont été soutenues en Allemagne. Weber, Stork et Curschmann admettent que pendant l'accès il y a vaso-dilatation des vaisseaux pulmonaires ; pour Schmidtborn, il y aurait vaso-constriction, spécialement dans le territoire de l'artère pulmonaire.

D'après le mécanisme que nous adoptons dans la patho-

Digitized by Google

génie de l'asthme, il y aurait vaso-constriction, car les crises n'apparaissent la nuit qu'après un certain nombre d'inspirations faibles, insuffisantes, et l'on sait, d'après le travail de d'Arsonval, que moins l'inspiration est grande et moins les vaissaux sont dilatés.

Quelque théorie qu'on admette, il est possible que l'asthme, pour produire, exige une prédisposition nerveuse. ainsi qu'on l'a souvent dit.

Enfin, on sait combien souvent l'emphysème pulmonaire vient compliquer l'asthme. L'emphysème peut d'ailleurs être produit seul par la sténose nasale : Cervello a obtenu en peu de jours et constamment l'emphysème pulmonaire chez des chiens sains, par l'occlusion des narines.

En dehors des troubles circulatoires imputables à l'insuffisance nasale, on peut expliquer la production de l'emphysème dans ces cas par les efforts inspiratoires intenses et réitérés que fait le malade pour résister à l'anoxyhémie.

Ne serait ce que par ce seul fait que l'insuffisance nasale produit l'insuffisance de l'hématose, on peut en conclure qu'il faut la traiter, car elle n'a pas de tendance à la guérison spontanée. Il faut avant tout restaurer la perméabilité normale du nez, et si ce traitement est insuffisant ou impossible, combattre l'insuffisance de l'hématose par la pratique de l'aérothérapie (inhalations d'oxygène, bains d'air comprimé), car la suroxygénation peut être comparée à la suralimentation qu'on prescrit à certains malades.

# PHARMACOLOGIE

## Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire en cachet

Par Bricemoret
*Chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine*

Depuis longtemps on a pris l'habitude d'administrer dans des cachets de pain azyme les médicaments dont la saveur désagréable provoquait, chez certains malades, une répugnance instinctive et les acquisitions multiples que l'art de guérir fait tous les jours, dans le domaine des composés chimiques organiques, n'ont pas peu contribué à mettre le sceau à la vogue dont jouissent à l'heure actuelle les cachets médicamenteux.

C'est qu'en effet, les corpsdits aromatiques contribuent, pour la plus large part, à cet enrichissement de l'arsenal thérapeutique et on sait que ces produits sont doués d'une saveur amère assez désagréable, parfois même brûlante, qui impose, en quelque sorte, au praticien la nécessité de les soustraire au contact de la muqueuse buccale du patient, tels sont l'antipyrine, les naphtols, pour ne citer que les plus connus prescrits journellement en cachets.

Ces avantages ne sont pas les seuls que présentent les cachets. Il est facile et même utile d'administrer, par ce moyen, des substances insolubles telles que le sous-nitrate de bismuth dont la dissociation par l'eau des potions ne doit pas être sans influence sur son action thérapeutique et unefoule d'autres corps, de nature pulvérulente, s'accommodant mal des différentes formes pharmaceutiques dont il serait possible de revêtir leur administration.

Il semblerait donc que l'emploi du cachet médicamenteux ne présente que des avantages : possibilité d'administrer, sous un petit volume, une dose massive de substance active sans avoir recours, à la potion où à la solution, de conservation souvent difficile, et dont le volume effraye parfois le malade, surtout lorsque le traitement doit être de longue durée : atténuation et même suppression de la saveur désagréable de la drogue : certitude pour le médecin que la préparation se dissociera pendant son trajet dans le tube digestif.

Il ne faudrait pas croire toutefois que l'emploi de cette forme pharmaceutique soit exempt d'inconvénients. Un grand nombre de substances prescrites en cachets présentent, sous cette forme, des incompatibilités d'ordres divers, d'ordre physico-chimique et d'ordre physiologique.

Je serai bref pour les incompatibilités de cette dernière nature. Je laisse, à d'autres plus autorisés que moi en la matière, le soin de faire ressortir ce que présente de facheux pour la muqueuse gastrique l'abus immodéré du salicylate de soude, de l'antipyrine administrés en cachets.

Il n'est pas rare de voir prescrire, à l'heure actuelle, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de 6 à 8 grammes de salicylate de soude, en cachets de 1 gramme, dose à répartir dans les 24 heures, par fractions généralement de 2 grammes.

Or, la dissociation du cachet dans l'estomac va mettre immédiatement en contact une portion donnée de sa muqueuse avec la dose de 2 grammes de salicylate de soude. La présence du sel en nature va se manifester par une douleur de pression, un malaise gastrique qu'accompagnent parfois des nausées et des vomissements : l'action irritante du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale peut même aller jusqu'à déterminer des ulcérations (A. Robin).

L'action souvent fâcheuse de l'antipyrine sur la digestion doit être, dans un très grand nombre decas, mis sur le compte de son administration en cachets.

On attribue, en effet, les phénomènes douloureux, les vomissements, que peut provoquer l'antipyrine, comme le résultat d'une action de contact. Il est facile de comprendre que ce contact sera assuré d'une façon parfaite lorsque les deux capsules de pain azyme, venant à se rompre dans l'estomac, mettront en liberté les cristaux d antipyrine qu'elles renferment.

Pour réduire au minimum l'action topique de ces deux substances, il est de toute nécessité de proscrire pour elles la formule en cachets.

Le salicylate de soude devra être administré, dilué dans au moins 20 fois son poids d'eau. L'antipyrine sera avec

Digitized by Google

avantage prescrite dissoute dans un verre d'eau de Vichy, qu'on pourra au besoin rendre gazeuse, au moment de l'emploi, à l'aide d'une trace d'acide citrique.

On pourra également avoir recours aux formules suivantes :

Pour le salicylate de soude :

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude..... | 6 à 8 | grammes |
| Sirop d'écorces d'oranges amères | 60 | — |
| Curaçao. ..... | 30 | — |
| Eau distillée..... | 60 | — |

A prendre dans les 24 heures ; chaque dose devra être mélangée à 1/2 verre d'eau gazeuse.

Pour l'antipyrine, on pourrait retirer de bons résultats de l'emploi de cette potion de Rivière modifiée :

*Potion n° 1* .

| | | |
|---|---|---|
| Antipyrine ..... | 4 | grammes |
| Bicarbonate de potasse..... | 2 | — |
| Sirop de sucre..... | 15 | — |
| Eau distillée..... . | 45 | — |

*Potion n° 2*:

| | | |
|---|---|---|
| Acide citrique..... | 2 | grammes |
| Eau distillée ..... | 50 | — |
| Sirop de limons..... | 15 | — |

Chaque cuillerée à bouche de la potion n° 1 représente 1 gramme d'antipyrine ; on administre une cuillerée de la potion n° 1, puis une cuillerée de la potion n° 2.

Pour des causes différentes mais non moins importantes, au point de vue pratique, il existe toute une série de substances médicamenteuses qu'il ne faut jamais prescrire en cachets.

Ces composés possèdent des fonctions chimiques différentes, il est donc préférable pour l'étude des incompatibilités qui nous occupent de les réunir en trois groupes.

Le premier groupe renferme les substances déliquescentes absorbant facilement l'humidité de l'air et formant avec le cachet une pâte plus ou moins fluide.

Le deuxième groupe comprend les corps dont le mélange donne naissance à un composé de consistance fluide, se conduisant avec le cachet comme les corps du premier groupe.

Dans le troisième groupe, seront rangées les substances décomposées par l'oxygène de l'air et dont les produits de décomposition colorent le cachet.

*(A suivre.)*

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**L'œdème aigu du poumon.** — A la suite de la communication de M. Huchard à l'Académie de médecine, le 27 avril 1897, sur « l'*œdème aigu du poumon* », la Rédaction du journal a reçu un certain nombre d'observations ayant pour but de confirmer la description clinique et l'interprétation physiologique de ce syndrôme. Nous nous bornerons aux citations suivantes :

M. Turbaux (de Saint-Quentin) nous a adressé quatre observations intéressantes dont il est utile de retenir les conclusions : « Ces quatre cas, dit-il, avec lesquels l'urémie et l'angine de poitrine n'ont rien à voir, présentent des particularités intéressantes : la soudaineté de l'invasion, le danger imminent, le recours presque instinctif à la saignée qui devient si promptement l'*ultima ratio* de la thérapeutique; épisodes inoubliables qui ont dû plus d'une fois évoluer fatalement avant la connaissance de ce syndrôme, où la lancette fait réellement des miracles... »

M. Schoull (de Troyes) nous adresse une observation intéressante, en ce qu'elle envisage la possibilité de l'origine bulbaire de l'œdème pulmonaire aigu.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, qui, à la suite d'une chute sur la tête ayant déterminé consécutivement une déviation de la colonne vertébrale, a eu plusieurs accès très violents d'œdème pulmonaire. Cette déviation de la colonne vertébrale consistait en une saillie exagérée des vertèbres cervicales dont les apophyses décrivaient une courbe à convexité très marquée. Les crises œdémateuses survenaient dans la position horizontale, elles étaient sans doute favorisées alors par l'état congestif du bulbe qui amenait son irritation et celle de l'origine des nerfs vagues ; véritable « asphyxie bulbaire » semblable à celle que l'on observe dans certaines épidémies de fièvre typhoïde.

« Il semblerait — ajoute l'auteur — que la cause de ces phénomènes d'œdème pulmonaire soit quelquefois indépendante de toute lésion cardio-artérielle, pulmonaire ou rénale. Il faut donc dans ces cas la chercher ailleurs; au lieu d'un trouble d'innervation cardio-pulmonaire ayant pour origine une aortite ou une périaortite, avec retentissement sur le bulbe, on a peut-être le même trouble, mais en sens inverse, causé par une irritation du bulbe et de l'origine du pneumogastrique avec transmission aux filets cardiaques et pulmonaires du nerf vague, et, par contre coup, aux filets du grand sympathique avec lesquels ils s'anastomosent ou s'accolent. En d'autres termes, si le « nerf vague divague », comme le dit M. Huchard, la divagation commence par son origine au lieu de ses terminaisons. — Cette origine bulbaire de l'œdème pulmonaire expliquerait, jusqu'à un certain point, des phénomènes identiques dans des maladies différentes; elle expliquerait aussi ces morts brusques, sans lésions appréciables, dans la convalescence de la fièvre typhoïde où les toxines microbiennes ont pu causer, par action réflexe ou autrement, un véritable empoisonnement du bulbe. »

Voilà des faits intéressants; mais nous pensons qu'il est inutile de les multiplier, puisqu'ils sont confirmatifs de ceux qui ont été publiés à la tribune académique. Un journal qui poursuit sans cesse le but d'intéresser ses lecteurs par la variété des sujets traités, ne doit pas s'enliser, en quelque sorte, dans l'étude trop souvent répétée d'une question que l'on peut considérer comme jugée, pour l'instant. — R. D.

**Fibro-sarcôme du rein chez une enfant de 29 mois.** — Le docteur Secchi (de Milan) rapporte le cas assez rare d'une enfant de 29 mois, ayant souffert pendant la première année de sa vie de troubles gastro-intestinaux et chez laquelle on constata, il y a quelques mois, la présence d'une tuméfaction du côté droit de l'abdomen. Celle-ci augmenta rapidement de volume, prit une forme arrondie; mobile transversalement, très peu dans le sens vertical, elle paraissait adhérente profondément. L'enfant mourut peu de temps après et l'on constata à l'autopsie une tumeur rénale, composée de tissu fibro-sarcômateux à grandes cellules. L'auteur rapporte une autre observation d'une enfant de 5 mois, porteur à la région sacro-lombaire d'une tumeur du volume d'une orange, qui guérit fort bien à la suite d'une intervention.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## CLIMATHÉRAPIE

**Les cures d'altitude pendant l'été, en France** (*Indications et contre-indications*). — Dans un livre remarquable, brillamment édité, comme sait le faire G. Masson, notre savant collègue P. Regnard, de l'Académie de médecine, étudie au point de vue physiologique et thérapeutique les cures d'altitude dans différentes contrées. Il nous suffira d'étudier celles de la France, ne serait-ce que pour démontrer que notre pays n'a rien à envier aux autres à ce point de vue, et que les médecins français ont tort d'envoyer leurs malades à l'étranger, de leur imposer ainsi des fatigues inutiles quand nous avons à nos portes les meilleurs climats.

I.—La cure d'altitude présente, comme toute médication, des indications et des contre-indications que nous allons rapidement passer en revue, en nous inspirant des recherches de M Regnard.

Tout d'abord, les *anémies* de toute nature relèvent de cette médication qui a pour résultat une hyperglobulie rapide, et l'altitude convient à toutes les anémies (chlorose, anémie de la jeunesse, anémie palustre, anémie des convalescences ou des hémorrhagies, etc). Il en est de même des *dyspepsies,* aussi bien hyperchlorhydriques qu'hypochlorhydriques. La restauration des fonctions digestives avec l'excitation de l'appétit amènent ainsi une sérieuse amélioration chez les gens atteints de *congestion du foie* et d'*hémorrhoïdes*, et Regnard pense que c'est par un mécanisme indirect de cette nature que sont améliorées aussi certaines *dermatoses*, comme l'eczéma sous toutes ses formes. — Certaines *bronchites chroniques* les catarrhes nasaux, pharyngiens ou trachéiques se trouvent bien de la médication, à la condition d'envoyer les malades à de petites hauteurs, dans des endroits secs avec forêts de sapins et non exposés aux brouillards ou à la pluie De la Harpe signale parmi les affections justiciables de la cure d'altitude, l'état particulier de certaines personnes qui entrent en sueur sous l'influence du moindre mouvement.

« La vie des altitudes est puissante contre la *neurasthénie*; elle restaure le sang, les fonctions digestives; moralement elle éloigne les causes d'épuisement. » Elle est encore indiquée pour les *morphinomanes*, puisqu'elle les éloigne de leur milieu habituel et de toute pharmacie; chez les *hypocondriaques* et les *mélancoliques*. Quant à la *tuberculose*, il y a là des indications spéciales que l'on doit étudier avec l'organisation des sanatoria.

Voici quelques-unes des contre-indications : maladie aiguë, phtisie à la période avancée ou compliquée d'état fébrile, cardiopathies diverses (sujet que j'ai étudié dans mon Traité des maladies du cœur et des vaisseaux), angine de poitrine, athérome, emphysème, épilepsie, hystérie, maladies mentales, âge avancé, etc.

II. — Nous allons maintenant passer en revue les principales stations d'altitude, plus nombreuses et plus variées en France qu'à l'Etranger. Il n'y a pas d'abord, dit Regnard, « de plus merveilleux pays que la France, pour la cure de hauteur que les Pyrénées françaises ; » et comment se fait-il qu'on ne songe pas à y créer des stations d'altitude quand certains endroits semblent tout indiqués : au Pont d'Espagne (1488 m.), au lac de Gaube (1790 m.), dans le val de Lutour (1546 m.), à Gavarnie (1350 m.) non loin de Cauterets; col d'Aspin (1497 m.), vallée du Lys (1100 m.), lac d'Oo (1500 m.), le Portillon (1360 m.) autour de Luchon. Et non loin des Eaux-Chaudes, des Eaux Bonnes, dans l'Ariège, que de stations d'altitude, bien supérieures à celles des Alpes, et que l'on devrait fonder!

Dans les Vosges, *Gérardmer*, avec ses forêts, ses lacs, ses prairies, son établissement hydrothérapique, peut rendre de grands services.

Dans le Jura, sur cette magnifique route qui rejoint la Côte-d'Or à la Faucille par les Rousses, avec de grandes forêts situées à 1000 mètres, on aurait beaucoup à faire, et l'on pourrait y établir une véritable concurrence à toutes les basses stations de la Suisse.

Les stations d'altitude de la France sont au nombre de huit : le Montauvert (1921 m.), Chamonix (1050 m.), le Revard (1545 m.), le Salève (1171 m.), les Voirons (1456 m.), Pralognan (1424 m.), la Grave (1526 m.), le Lautaret (2070 m.), le Monetier (1493 m.). Les trois dernières manquent encore de confort. Mais, je me permets de signaler à M. Regnard, une station excellente, surtout pour les neurasthéniques et les anémiques : *la Foce*, dans la forêt merveilleuse de Vizzavona, en Corse, où j'ai pu m'assurer par moi-même des excellents effets de ce climat d'altitude.

M. Regnard divise en trois groupes les stations d'altitude : 1° les *stations intermédiaires* entre la montagne et la plaine, situées au-dessous de 1200 m.; 2° les *stations d'altitude* entre 1200 et 1800 m.; 3° les *hautes stations* entre 1800 et 2600 m.

Nous ne parlerons pas de la *Grave*, du *Lautaret* et du *Monétier* qui n'ont encore qu'une installation primitive, et cependant d'après ce que j'ai pu constater par moi-même, ces localités gagneraient à être fréquentées.

En Savoie, les « stations d'altitude » (entre 1200 et 1800 mètres) sont celles de *Pralognan*, des *Voirons*, du *Revard*. La première est indiquée aux convalescents, aux nerveux, aux chloro-anémiques, aux vésaniques peu avancés; la seconde (non loin de Genève), aux arthritiques, bronchitiques et emphysémateux, en raison de l'éloignement des glaciers qui n'en font pas un climat excitant ; la troisième (au-dessus d'Aix-les-Bains), à toutes les personnes que l'on voudra faire profiter d'un lieu élevé, éloi-

Digitized by Google

gné des glaciers et ainsi des causes de refroidissement subit.

Quand *Chamonix* sera pourvu d'un chemin de fer, ce qui arrivera bientôt, cette station d'altitude, dit Regnard, sera une des premières du monde entier. Le climat y est doux, chaud à midi et en plein été, mais tempéré par les forêts de sapins. Quoique l'altitude soit faible, le voisinage des grands glaciers lui donne un climat de haute montagne, garanti des vents du nord et du sud; convient aux nerveux, convalescents, anémiques, candidats à la tuberculose.

A trois heures de Chamonix, à mulet, se trouve le *Montauvert* (1921 m.), la seule station de grande altitude existant en France. Du jour où la municipalité de Chamonix comprendra ses intérêts, elle fera établir une ligne à crémaillère qui pourra transporter les voyageurs en moins d'une heure à cette station où l'un des charmes est la vue splendide de la mer de glace. Exposition en plein midi ; malheureusement l'hôtel est mal protégé contre les vents du nord. On ne peut y envoyer que des anémiques, des chlorotiques, des convalescents déjà loin de l'état aigu, des neurasthéniques ; mais ce climat est contre indiqué pour les arthritiques et les bronchitiques.

Le *Salève* (près de Genève) présente trois stations étagées sur ses flancs : le *Mornex* (551 m.) dont la température en raison de sa faible altitude, est plus agréable en automne qu'en été ; le *Monnetier* (712 m.) auquel on accède par un chemin de fer électrique ; *Treize-Arbres* (1171 m.). Ce sont là des altitudes intermédiaires, bonnes pour préparer au séjour sur de hautes montagnes.

En terminant cette rapide étude d'après le travail très important et instructif de M. Regnard, nous devons faire la remarque suivante: Ce n'est pas dans le but d'obéir à un patriotisme étroit que nous recommandons ces stations françaises de préférence à celles de Suisse et des autres pays. Nous parlons uniquement dans l'*intérêt des malades* que l'on envoie d'une façon trop banale au milieu ou à proximité des glaciers. Que de fois nous avons vu des neurasthéniques (souvent de souche arthritique), des arthritiques, des nerveux irritables, des emphysémateux et des bronchitiques en revenir avec une aggravation de leur mal, des anémiques et des chlorotiques, des convalescents de maladies aiguës incapables de soutenir l'excitation des hautes altitudes, de l'Engadine par exemple, où le voisinage immédiat des neiges et des glaciers exposent encore les malades à des refroidissements subits et parfois d'une sévère gravité ! J'ai vu par moi-même ces stations, j'en ai ressenti les mauvais effets, et je ne saurais trop conseiller aux praticiens, celles de la France qui se recommandent par leur action plus favorable et leur plus sûre innocuité.

Nous avons eu en vue les *stations d'été* dans cette courte revue. Plus tard, au moment opportun, dans quelques mois, nous parlerons des *stations d'hiver*. — H. H.

## MÉDECINE

**Des ulcères simples de l'intestin.** — Si l'hyperchlorhydrie et la gastrite en aires semblent devoir expliquer la formation de certains ulcères simples de l'estomac, ce n'est là qu'une hypothèse qui ne peut rendre compte de tous les cas observés. On sait en outre que, si l'ulcère de la première portion du duodenum est fréquent, on a pu le rencontrer aussi dans la deuxième et dans la troisième portion. De plus, on a démontré l'existence de l'ulcère de l'œsophage qui, dans certaines circonstances, a paru difficile à expliquer par la théorie peptique (Debove). Si cette dernière n'a pas une valeur absolue, pas plus d'ailleurs que les nombreuses explications pathogéniques proposées, il semble quelque peu téméraire d'affirmer que tout ulcère qui n'est pas peptique n'est pas un ulcère simple. Ce nom paraît devoir être donné à toute perte de substance dont les caractères anatomo-pathologiques sont ceux de la maladie de Cruveilhier. Ces caractères sont encore, il faut bien le reconnaître, purement négatifs, et l'on peut dire que tout ulcère qui n'est pas typhoïdique, charbonneux, dysentérique, tuberculeux, syphilitique, cancéreux ou amyloïde est un ulcère simple, c'est-à-dire non spécifique. Cette lésion, ainsi comprise, en dehors de toute hypothèse pathogénique, existe non seulement dans l'estomac, le duodénum et l'œsophage, mais encore dans les divers segments de l'intestin. Des recherches bibliographiques nombreuses ont permis à M. Combes (*Th. Toulouse*, 1897), de réunir une quarantaine de cas d'ulcères simples de l'intestin ; deux seulement ont fait l'objet de l'examen microscopique (cas de MM. Morel et Secheyron ; cas de MM. Morel et Rispal.)

L'idée que l'ulcère simple peut se trouver ailleurs que dans l'estomac est assez ancienne et Cruveilhier lui-même a parlé « des ulcères chroniques simples de l'estomac et du rectum ». Soutenue par Lebert, admise en Allemagne par Claus, Wagner, Müller, elle a été acceptée par divers auteurs anglais ; en France, il existe, disséminés dans la littérature et les diverses publications médicales, certains faits qui viennent à l'appui de cette opinion. En 1889 (*Union médicale*), M. le prof. Potain a publié une leçon sur l'ulcère simple du duodénum dans laquelle il dit que « des ulcères analogues peuvent se développer dans toute l'étendue du tube digestif ».

Ces ulcères simples semblent pouvoir se former sous l'influence de causes diverses : goutte, maladies diverses du système nerveux, thrombose ou embolie, entérites diverses, stase des matières fécales par sténose ou paralysie intestinale... Ils évoluent le plus souvent sans déterminer des symptômes notables ; la péritonite perforante en est presque toujours le premier signe : et c'est là un fait qu'il n'est point rare de rencontrer dans l'histoire de l'ulcère stomacal.

Pour ce qui est de la pathogénie, la théorie proposée

Digitized by Google

par M. Hayem pour l'ulcère stomacal pourrait s'appliquer à certains cas d'ulcères simples de l'intestin : une cause d'irritation quelconque de la muqueuse (surtout la stase et l'action des acides et produits de fermentation : a. acétique...) amènerait la constitution d'une endartérite oblitérante, entraînant elle-même la formation de l'ulcère. Malheureusement on n'a pas toujours rencontré ces lésions des vaisseaux ; et on doit se demander si, quand elles existent, elles ne sont pas plutôt le résultat que la cause du processus ulcératif.

Aussi, la nature intime des ulcères simples de l'intestin nous est tout aussi inconnue que celle de l'ulcère simple de l'estomac et cela, malgré l'hypothèse de M. Hayem, malgré l'influence probable des microbes (Letulle, Widal et Meslay) ou des toxines (Péron) contenus dans l'intestin ou amenés par la circulation, malgré le rôle certain joué par les troubles circulatoires, vaso-moteurs, trophiques ou moteurs. C'est l'étude de cette pathogénie qui doit faire l'objet de nouvelles recherches. En attendant, vu l'état actuel de la question, la théorie dite éclectique peut seule s'appliquer à l'ensemble des faits qui constituent le groupe d'attente des *ulcères simples de l'intestin* et d'une manière plus générale des *ulcères simples du tube digestif.*

## MÉDECINE INFANTILE

**La rougeole ecchymotique.** — La rougeole ecchymotique est une des variétés de la rougeole hémorragique. Il y a des rougeoles hémorragiques graves avec pétéchies, taches purpuriques, hémorragies des muqueuses, hémorragies internes, etc., et qui sont d'un pronostic sérieux. Ces rougeoles évoluent surtout chez les cachectiques, chez les individus en convalescence d'une maladie grave, chez les hémophiliques, chez les phtisiques, chez les enfants minés par la diarrhée chronique.

Dans d'autres cas, les rougeoles sont compliquées d'infection secondaire, et on peut voir survenir plus ou moins tard après la disparition de l'exanthème morbilleux, des érythèmes qui affectent souvent la forme hémorragique. Hutinel qui a attiré l'attention sur eux, les a rangés dans la même classe que les autres érythèmes infectieux survenant à la suite de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, etc. Ils coïncident ordinairement avec des bronchites purulentes, ou des broncho-preumonies à streptocoques. Leur apparition peut être plus ou moins précoce et ils siègent habituellement sur le dos, les poignets, les genoux. La fièvre est intense, les urines rares, il y a un état infectieux notablement accentué.

Enfin, à côté de ces rougeoles hémorragiques graves, de ces érythèmes infectieux secondaires, existe une rougeole ecchymotique dont le pronostic est habituellement bénin et ne tire parfois sa gravité que de certaines complications respiratoires. Il n'y a pas de symptômes généraux redoutables, l'évolution est normale sauf pour l'éruption qui possède des caractères particuliers. Rouger (*Th. Paris*, 1897) vient d'étudier en détail cette forme.

La rougeole ecchymotique existe dans environ 11 cas sur 245 (Rouger); elle atteint aussi bien les enfants affaiblis par les privations ou la misère que les autres Toutefois, l'affaiblissement par une maladie grave aiguë, ou chronique prédispose plutôt aux rougeoles hémorragiques qu'aux rougeoles ecchymotiques vraies. Les maladies des voies respiratoires, qui coïncident avec l'évolution de la rougeole ont plus d'action sur la morphologie de son érythème, et à ce titre, la coqueluche, les maladies dyspnéisantes du poumon, les dyspnées laryngées favorisent l'apparition des ecchymoses au niveau des taches morbilleuses. De même, toutes les causes mécaniques qui gênent la circulation sanguine, favorisent la congestion et la rupture des capillaires cutanés, altérés peut-être par le poison morbilleux. L'intensité de l'éruption, l'exagération simple du processus congestif cutané peut encore, suivant Veit et Sanné, être la cause de la rupture des capillaires et de la production des taches purpuriques, et, de fait, dans certains cas, les ecchymoses sont souvent limitées aux points où l'exanthème a été intense.

L'époque de l'apparition des ecchymoses est variable, généralement au troisième jour, cette apparition peut être prévue à la période d'acmé de l'éruption, lorsque celle-ci est d'un rouge très vif et s'efface mal sous la pression des doigts. Son apparition coïncide le plus souvent avec une chute du pouls et de la température, et une amélioration de l'état général.

La tache, purpurique au début, se produit au niveau des taches morbilleuses sous forme de petits points sanguins plus foncés, qui grossissent et se réunissent pour constituer une tache uniformément colorée par le sang.

Les taches sont légèrement saillantes, elles peuvent devenir confluentes ; l'aspect ecchymotique peut s'étendre à toute l'éruption ou se limiter à certaines parties du corps. Pendant les jours qui suivent, les taches purpuriques présentent des modifications analogues à celles qui se produisent au niveau de tout foyer hémorragique cutané ou sous-cutané. L'époque de la disparition est très variable, et elle est suivie de la desquamation de l'épiderme. Parfois, mais rarement, il peut y avoir des pétéchies dans l'intervalle des taches morbilleuses, d'autres fois, des ecchymoses des muqueuses. Mais, fait important, la rougeole ecchymotique ne s'accompagne elle-même d'aucun symptôme général inquiétant ; elle guérit facilement et dans le même laps de temps que la rougeole ordinaire. Le pronostic en est donc favorable, mais doit être réservé quand elle survient chez des coquelucheux ou des enfants atteints de bronchite généralisée. Le diagnostic avec la rougeole hémorragique vraie se basera sur l'apparition des pétéchies qui surviennent dès les premiers jours, sur l'absence d hémorragies multiples par les voies naturelles, sur l'intensité de l'éruption qui sort mal et reste pâle dans la rougeole hémorragique, enfin sur son apparition chez des sujets d'ordinaire sains.

Digitized by Google

Les érythèmes infectieux secondaires à forme ecchymotique s'en distinguent par les symptômes généraux graves, de diarrhée infectieuse, de broncho pneumonie, d'abattement, de fièvre. Ils ne sont pas précédés, comme la rougeole par une période catarrhale, et enfin, ils laissent presque toujours la face indemne. — M. Deguy.

## CHIRURGIE

**Des gangrènes consécutives à l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères.** — La gangrène est relativement fréquente à la suite des lésions traumatiques des grosses artèr s ; mais les formes et la pathogénie sont loin d'en être toujours identiques. Nous n'aurons en vue, ici qu'un type fort curieux de traumatisme artériel : *l'attrition sous-cutanée directe*, sans luxation ni fracture, et qui succède à un choc, d'intensité et de caractère variables, ayant porté sur les vaisseaux. Nous avons observé deux faits de ce genre : l'un en 1895, l'autre, il y a quelques mois. (Lejars, Société biologie.(

Notre premier malade était un jeune homme de vingt-sept ans, qui avait reçu, dans le creux poplité droit, un coup de tampon de tramway. Le pied et la jambe étaient décolorés, insensibles, froids ; le pouls avait cessé à la pédieuse et à la tibiale postérieure : on ne le sentait pas non plus à la partie inférieure de la poplitée. Il n'y avait qu'un épanchement sanguin superficiel, résultant de la contusion, mais on ne trouvait aucune collection hématique importante ; pas de battement, aucun indice d'anévrisme diffus. Au bout de quelques jours, la sensibilité et la chaleur reparurent un peu dans la jambe et le pied, mais ce fut pour s'évanouir à nouveau : et, durant les premières semaines, ces retours passagers de la vitalité se montrèrent à plusieurs reprises. Enfin, la partie inférieure de la jambe et du pied se sphacéla en masse, et l'amputation dut être pratiquée.

Il s'agissait, chez ce premier malade, d'une *gangrène humide* ; il y eut une *gangrène sèche*, partielle et périphérique, chez notre second blessé, C'est un homme de trente-huit ans, très vigoureux et de santé excellente, qui, le 21 février dernier, fut renversé par un tombereau chargé de plâtras, dont les deux roues lui passèrent sur le bras droit et sur les membres inférieurs. Je l'examinai deux heures après l'accident, et il me fut ainsi loisible de suivre de très près toute l'évolution du processus ; à ce moment, il était dans un état de collapsus inquiétant, dont les injections sous-cutanées d'eau salée eurent quelque peine à le tirer. A part ce choc, il n'y avait pas de lésions viscérales, et tout se bornait à des plaies contuses multiples, et au traumatisme artériel du bras droit. Ce qui frappa, tout d'abord, ce fut l'absence complète du pouls radial et cubital : la main était froide, blanche, immobile, insensible ; la sensibilité reparaissait à la partie moyenne de l'avant-bras, mais la peau restait froide jusqu'au pli de coude : on sentait, à ce niveau, le long des vaisseaux, et remontant sur le bord interne du biceps, une tuméfaction mollasse, peu volumineuse ; en ce point et au-dessous, le pouls huméral restait absent, il ne reparaissait que plus haut.

L'existence d'une lésion de l'artère humérale nous parut donc évidente ; j'ajoute qu'il n'existait ni luxation ni fracture, ni collection sanguine de quelque importance, et que la virole tuméfiée qui entourait l'artère semblait uniquement due à un hématome de la gaine.

Le lendemain matin, la main avait repris une certaine chaleur, elle était restée insensible ; la tuméfaction périhumérale n'avait pas augmenté de volume, elle était seulement plus consistante ; le pouls manquait dans toute la zone indiquée tout à l'heure.

Ici encore, il y eut une série d'alternatives, dans l'état du membre blessé : au bout d'une quinzaine de jours, la main paraissait définitivement perdue, puis la chaleur et un peu de sensibilité se montrèrent de nouveau, et, finalement, le sphacèle se limita aux trois derniers doigts presque en totalité, et à une partie du pouce et de l'index : le limbe de cette zone mortifiée était, d'ailleurs, très irrégulier, et l'on retrouvait, au-dessus, quelques escarres disséminées. Aussi, ne fut-ce qu'au bout de trois mois qu'une régularisation fut pratiquée. Aujourd'hui, la peau de la main conserve un aspect lisse, rougeâtre ; des douleurs y reparaissent de temps en temps ; le pouls radial est redevenu perceptible, bien qu'il soit faible encore.

Nous n'avons pas eu, chez nos malades, l'examen direct de la lésion artérielle, mais l'absence de toute collection sanguine, témoignant d'une rupture complète, et les résultats de la palpation du pli du coude chez notre second blessé suffisent à nous montrer qu'il s'agit ici, comme dans un assez grand nombre de faits, *d'une oblitération de l'artère par la rupture et le recroquevillement de ses tuniques interne et moyenne*. Il faut chercher, croyons-nous, dans le mécanisme de cette oblitération, les raisons de ces gangrènes totales ou partielles, que la simple occlusion localisée du tronc artériel ne suffirait pas à expliquer : il arrive, en pareil cas, que *la grosse veine satellite soit rompue et oblitérée en même temps*, et cette double lésion paraît se rencontrer surtout lors des gangrènes humides, en masse, du genre de celle qui survint chez notre premier malade ; ailleurs, les tuniques internes se déchirent et *se recroquevillent au loin*, et le caillot s'étend lui-même sur un long segment, fermant la voie des collatérales importantes ; enfin, la *contusion du nerf voisin* n'est pas non plus, à notre sens, sans exercer une influence souvent manifeste, et l'aspect trophique de la main de notre second malade nous paraît en fournir la preuve.

En pratique, il convient d'insister sur *la longue période de vitalité indécise*, par laquelle passe le membre blessé, sur l'évolution parfois très lente du sphacèle, qui demande longtemps pour se fixer et se limiter. Le pronostic à poser

Digitized by Google

à la suite d'un accident de ce genre, et aussi la conduite à tenir, trouveront des indications précieuses dans ce processus spécial.

## OPHTALMOLOGIE

La conjonctivite subaiguë est une variété clinique spéciale, caractérisée par une hyperémie intense de la conjonctive palpébrale et due à un bacille spécial, le diplobacille de Morax. Ce microorganisme a la forme de diplo ou streptobacille, il est privé de mobilité et ne possède pas de cils apparents. De dimensions supérieures au pneumocoque, il n'est pas encapsulé. Il se décolore par la méthode de Gram. Cultivé sur gelose ou sérum, il donne de petites colonies très fines, transparentes, donnant à la gélose un aspect un peu dépoli Quelquefois, les colonies sont plus étalées, de teinte grisâtre; le bacille prend alors la forme de massue (Morax). Il ne pousse pas sur gélatine et se développe rapidement sur les milieux alcalins, les bouillons glycérinés ou additionnés de sérum. Les inoculations faites dans la chambre antérieure de l'œil par Morax n'ont donné aucun résultat positif.

Le tableau clinique de la conjonctivite subaigue, qui nous intéresse le plus, est exposé de la. façon suivante par le docteur Biard (*Th. Paris 97)*. Les malades qui en sont porteurs se présentent avec des paupières fortement irritées; elles sont d'un rouge vif très marqué aux angles, surtout à l'angle interne; la caroncule très injectée a pris une teinte rouge foncé caractéristique. Le bord des paupières n'est pas uniformément pris, la conjonctive palpébrale est fortement hyperémiée. la conjonctive bulbaire conserve sa coloration normale. Les cils ne sont pas collés à leur base; il n'existe pas de photophobie ni de larmoiement. Fréquemment, on trouve dans l'angle interne de l'œil un petit flocon de muco-pus. Le soir, les malades accusent une sensation de cuisson très intense; empêchant tout travail; le matin, les paupières sont lourdes un peu agglutinées, mais jamais les cils ne sont complètement collés. Parfois, l'inflammation est plus intense, les paupières se gonflent légèrement en même temps qu'apparaissent dans le cul-de-sac conjonctival des flocons muco-purulents.

Deux points importants permettent de ne pas confondre la conjonctivite subaiguë due au diplobacille de Morax avec la conjonctivite aiguë à bacille de Weecks, (*Congrès de Berlin 90*), c'est l'état de la caroncule et de l'angle interne qui est pris d'une façon beaucoup plus intense que l'externe, et l'intégrité relative de la conjonctive bulbaire, tandis que, dans le catarrhe aigu de Weecks, la conjonctive est prise uniformément; de plus, la conjonctivite à bacille de Weecks sévit chez l'enfant et est contagieuse, ce qui n'a pas lieu pour la conjonctivite à diplobacille de Morax. Dans cette dernière affection, les lésions cornéennes sont rares et sont rapidement améliorées par le traitement. Parfois (Kalt) on peut observer une hyperémie de la conjonctive marquée, de petites ulcérations à la base des cils.

La conjonctivite subaiguë est plus fréquente au printemps, et s'observe assez fréquemment, sans être cependant aussi commune que la conjonctivite à bacille de Weecks.

Au point de vue pathogénique, Biard pense que cette conjonctivite à diplo-bacilles ne doit pas être rangée dans la c asse des conjonctivites contagieuses. Le diplo-bacille n'existe pas sur la conjonctive saine, mais sa présence dans les fosses nasales paraît constante et il est probable que le microbe suit la voie ascendante pour pénétrer sur la conjonctive par l'intermédiaire du canal lacrymo-nasal.

La durée de l'affection est extrêmement variable, comme elle ne résiste guère à un traitement un peu soigné, on peut lui attribuer comme durée une douzaine de jours en moyenne.

Comme traitement : quelques instillations de sulfate de zinc à 1/40e, ou mieux de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre (1 à 3 0/0). Parfois, il pourra être avantageux de recourir aux grandes irrigations de permanganate. Le sublimé et le nitrate ne donnent, en général, aucun résultat. Il y aura, dans tous les cas, avantage à soigner les fosses nasales, origine de l'affection. — M. D.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 13 juillet 1897*

**Compte rendu de la mission scientifique russe de Bombay. Peste bubonique.** — M. Roux. A leur arrivée à Bombay, MM. Wyssokowitch et Zobolati visitent les hôpitaux où ils trouvent des cas de peste se manifestant soit par des bubons, soit par des pneumonies. Dans les cas à bubons, ils constatent un envahissement en masse des ganglions. Le ganglion primaire se distingue par sa taille supérieure; il est mou et contient un grand bacille de la peste. C'est à eux, plutôt qu'à l'hyperplasie des tissus, qu'est due l'hypertrophie des ganglions. Dans les cas à pneumonie, les foyers sont disséminés; on trouve surtout des bacilles dans les ganglions bronchiques. Il n'existe comme signes cliniques ni toux, ni crachats. Les bacilles peuvent-ils traverser la peau saine? Pour cela les auteurs ont expérimenté sur des singes qui prennent facilement la peste et meurent à coup sûr. Il suffit d'inoculer au bras par une simple éraillure; un œdème se produit, puis un bubon s'accompagnant de beaucoup de fièvre. La peste se développe sans que l'on puisse distinguer la lésion initiale.

L'inoculation pulmonaire se détermine par l'injection de culture dans la trachée. L'inoculation par les voies digestives paraît impossible. L'immunisation sur le singe est chose bien démontrée. Elle est produite par 10 centimètres cubes de sérum de *Yersin*, mais ne dure guère

Digitized by Google

que deux semaines. Les expériences curatives sont également probantes, mais moins absolues. Pris au deuxième jour, la maladie est enrayée, mais, si l'on tarde jusqu'au quatrième jour, on ne guérit point le singe dont la mort est seulement retardée. L'emploi du sérum de *Yersin* donne 60 0/0 de guérisons. Or, la peste abandonnée à elle-même ne guérit que 10 fois sur 100. Le succès du traitement dépend du moment de l'intervention et aussi de la forme de la maladie. Les formes pulmonaires ne guérissent pas.

M. Berger. — **Abcès du foie développé six ans après une dysenterie des pays chauds, ouvert par vomique. Guérison par l'incision trans-diaphragmatique du foyer.** — Le sujet de cette observation avait contracté la dysenterie au Tonkin, il y a six ans, et présenté à ce moment un point de congestion hépatique qui avait cédé à l'application d'un vésicatoire. Rapatrié au bout de six mois, il avait encore souffert de la dysenterie trois ans en France ; depuis trois ans il se croyait guéri.

A la suite d'une grippe contractée en décembre 1896, il fut repris d'une douleur vive dans la région hépatique, puis d'une voussure manifeste de l'hypocondre; en même temps il y avait perte de l'appétit, de l'amaigrissement, mais pas de fièvre. La matité du foie remontait jusqu'à la troisième côte : son bord inférieur ne débordait le rebord costal qu'à la région épigastrique.

Le diagnostic porté par M. Berger et par M. le Dr Duflocq fut celui d'abcès du foie, et on se disposait à l'ouvrir quand apparurent : le 9 mars une douleur vive dans l'épaule, le 10 de la fièvre et quelques crachats sanguinolents, et, dans la nuit du 10 au 11, l'abcès s'ouvrait par vomique. L'évacuation d'une assez grande quantité de pus rouge brique continua les jours suivants et, le malade s'affaiblissant sans cesse, M. Berger procéda à l'ouverture directe du foyer. Guidés par les signes fournis par l'auscultation et par la voussure, il réséqua 10 centimètres des septième et huitième côtes, traversa le septième espace intercostal, le diaphragme, et pénétra dans un vaste foyer intra-hépatique qui fut drainé et tamponné. Aussitôt l'expectoration purulente tarit, la cavité se combla peu à peu et, un mois et demi après, le malade était complètement guéri et en excellent état de santé.

M. Berger insiste :

1° Sur le long intervalle qui s'est écoulé entre la dysenterie compliquée d'une première poussée d'hépatite et la formation de l'abcès (6 ans), il lui paraît probable que la grippe contractée en dernier lieu a eu une action déterminante sur la formation de ce dernier, en stimulant la virulence des germes pathogènes laissés dans le foie par la première atteinte d'hépatite ;

2° Sur l'absence de signes de certitude indiquant la présence de l'abcès : la voussure de l'hypocondre étant le seul caractère sur lequel pût être fondé le diagnostic. Cette observation montre, d'autre part, avec quelle rapidité peut évoluer l'abcès vers l'ouverture spontanée par vomique : Celle-ci s'est produite ici 36 heures après l'apparition des premiers symptômes (douleur de l'épaule, fièvre) pouvant faire prévoir cette terminaison;

3° Enfin, ce fait prouve que la vomique n'est pas une terminaison favorable, qu'elle n'est pas suivie, dans certains cas au moins, de retrait et d'oblitération du foyer intrahépatique.

La seule conduite à suivre en présence d'un abcès du foie est d'en pratiquer l'incision large, et, quand l'abcès siège dans les régions postéro-supérieures, la résection costale et l'incision du diaphragme permettent de l'atteindre sans beaucoup de difficulté. Cette incision doit être guidée par l'interprétation des signes fournis par l'auscultation et par une ponction aspiratrice préalable.

M. Rendu a vu, il y a deux ans, un cas analogue : un malade, ayant contracté dix ans auparavant la dysenterie, est soigné, à la suite d'accidents d'hépatisme, pour une cirrhose. Les troubles cessent et, quelque temps après, à la suite d'un bain froid, les accidents hépatiques se réveillent; évoluant lentement et sans aucune fièvre, ils aboutissent à un énorme abcès. A l'ouverture, on trouve une vaste poche pleine d'un pus stérile.

M. Péan. **La gastrectomie.** — M. Péan rappelle qu'il a été le premier à proposer le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Voici une observation montrant bien que ce traitement peut donner de bons résultats. Une malade entre à l'hôpital international il y a six mois, cachectique, le ventre déprimé, dans un état de maigreur extrême. Les vomissements aqueux remontaient à trois ans. Depuis deux mois, les hématémèses sont devenues plus abondantes ; elles se produisent après chaque repas. A la palpation, la tumeur masquée par le foie est difficilement abordable. Opération : ouverture allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic ; la tumeur intéresse le pylore et toute la petite tubérosité ; on place des pinces à mors longs recouverts de caoutchouc sur l'extrémité supérieure du duodénum et sur l'estomac à quelques centimètres au-dessus de la tumeur. On enlève la partie située entre les pinces ; on ferme la plus grande partie de la plaie stomacale et on place à l'extrémité supérieure restée libre de cette plaie la branche mâle d'un bouton de Murphy ; la branche femelle est abouchée dans le duodénum. Quatre jours après l'opération, la malade commence à manger ; le 22e jour elle marche ; le 27e jour elle rend spontanément le bouton par l'anus. Aujourd'hui elle a augmenté de 25 kilos. Cette observation prouve nettement que l'on peut exciser une grande partie de l'estomac sans qu'il se produise aucun accident.

M. Wehlin (de Clamart) fait une communication sur la guérison d'un cas de tétanos par les injections de sérum antitétanique sans ablation du membre blessé. — En raison de son importance, cette observation sera publiée en entier.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 9 juillet 1897*

**De l'anesthésie dans la lèpre.** — M. Jeanselme. Des poussées éruptives, d'aspect varié, des modifications multiples de la sensibilité, tels sont les deux traits cliniques qui donnent à la lèpre une physionomie toute spéciale.

Suivant que l'une ou l'autre de ces manifestations prédominent, ou qu'elles se montrent en proportion sensiblement égale la lèpre est dite tégumentaire, systématisée nerveuse ou mixte Mais quelle que soit la forme de la lèpre, l'anesthésie occupe dans le complexus symptomatique une place importante et souvent même le premier plan.

Malgré sa constance, ce signe capital est encore imparfaitement connu. Je crois donc utile de reprendre son étude et, pour la mener à bonne fin, j'ai recueilli une certaine quantité de schémas sur vingt-cinq lépreux hospitalisés dans les différents services de Saint-Louis.

Voici les résultats qui découlent de mes recherches :

1° La répartition de l'anesthésie dans la lèpre est manifestement symétrique. Quand l'insensibilité frappe un membre, elle atteindra bientôt le membre homologue. De plus, l'anesthésie est ordinairement répartie d'une manière à peu près égale sur les quatre extrémités. Souvent même, l'anesthésie des membres inférieurs est plus étendue et plus précoce que celle des membres supérieurs Dans la syringomyélie, au contraire, l'anesthésie, souvent asymétrique, prédomine en général aux membres supérieurs, elle peut même y siéger exclusivement.

2° L'anesthésie débute au niveau de l'extrémité libre des membres et remonte graduellement vers leur racine. Presque éteinte à la main et au pied, elle est seulement émoussée au bras et à la cuisse.

3° L'anesthésie des parties profondes du derme est, en général, moins marquée et plus tardive que celle des parties superficielles. A mesure que l'anesthésie progresse, elle descend de plus en plus bas dans la peau. Au début, le manteau d'anesthésie qui recouvre la région insensible est très mince ; une aiguille qu'on fait cheminer horizontalement dans le corps papillaire n'éveille aucune douleur, mais le malade proteste aussitôt que la piqûre intéresse le derme profond. Plus tard, la peau, devenue entièrement insensible, peut être traversée de part en part.

4° Primitivement rubanée, l'anesthésie tend à prendre dans la suite le type segmentaire.

Au membre supérieur, elle occupe d'abord le petit doigt, le bord cubital de la main et dessine, à la partie postéro-interne du bras et de l'avant-bras, une longue bande qui remonte à une haute variable, souvent jusqu'au coude, parfois jusqu'à l'aisselle, dont la sensibilité reste toujours intacte.

Au membre inférieur, l'anesthésie frappe en premier lieu le gros orteil et le bord interne du pied, quelquefois son bord externe. A la même époque, une longue bande d'anesthésie commençant au bas de la jambe s'élève plus ou moins haut sur le versant externe du membre, atteignant le genou, le milieu de la cuisse ou même la région trochantérienne sur laquelle elle s'étale en raquette. Tôt ou tard la bande primitive d'insensibilité s'élargit et figure une gouttière dans les deux lèvres finissent par se souder. Le membre est alors engainé dans un fourreau d'anesthésie.

5° Cette anesthésie segmentaire de la lèpre diffère par ses caractères essentiels de l'anesthésie segmentaire de la syringomyélie, soit par l'observation attentive des malades, soit par les renseignments qu'ils fournissent sur les premières phases de l'anesthésie ; on peut arriver à cette conviction qu'au début l'insensibilité a été de forme rubanée. Jamais, d'ailleurs, les territoires anesthésiés ne sont limités par une ligne de démarcation d'une précision géométrique. Sur leurs confins il existe une manchette de transition haute de 10 à 15 centimètres au niveau de laquelle le retour a la sensibilité se fait progressivement.

6° L'anesthésie n'occupe pas la zone de distribution périphérique d'un tronc nerveux, la disposition rubanée semble commandée par une altération des racines postérieures de la moelle. Je n'ai pas encore eu l'occasion de contrôler cette hypothèse. Dans une autopsie que j'ai faite tout récemment, les coupes de moelle traitée par le Nisll présentaient des altérations (chromatolyse péri-nucléaire, excentricité du noyau) qui étaient probablement sous la dépendance des lésions névritiques. L'examen des racines n'a pas encore été pratiqué.

7° L'anesthésie de la face et du tronc, sans être rare dans la lèpre, est moins fréquente qu'aux membres. Elle ne dessine pas un masque sur le visage ou une veste à limites nettes autour du corps.

8° Au début, tous les modes de la sensibilité ne sont pas simultanément abolis ; la thermo-analgésie l'emporte ordinairement de beaucoup sur l'anesthésie tactile. A une période avancée, la dissociation imparfaite de la sensibilité fait place à l'anesthésie absolue. Très souvent, sur un même sujet, l'anesthésie tactile est encore franchement rubanée, alors que la thermo-analgésie est déjà parvenue à la période segmentaire.

9° Si l'on applique et maintient pendant un certain temps un corps froid ou chaud sur des régions peu sensibles, il est fréquent que le malade accuse une double sensation : il reconnaît immédiatement le contact, puis, après cinq à huit secondes, il perçoit une sensation thermique affaiblie. Ce curieux phénomène, dont j'ai constaté aussi l'existence dans la syringomyélie, est la conséquence de cette loi : plus une sensibilité est altérée, plus la sensation est lente à se produire. Le nombre des secondes qui s'écoulent entre la perception du contact et la perception de la température exprime, pour ainsi dire en chiffres, le degré d'altération de la seusibilité thermique.

Digitized by Google

10° Dans la lèpre, les perversions sensitives et les erreurs de localisation ne sont pas rares. Le phénomène de la sommation est des plus nets.

11° L'anesthésie n'est pas circonscrite dans des limites invariables. Elle comprend deux zones, l'une fixe qui correspond aux régions les premières et les plus profondément atteintes dans leur sensibilité, l'autre mobile au niveau de laquelle la sensibilité est seulement frappée de stupeur et non pas éteinte.

Des conclusions précédentes, il ressort que l'anesthésie de la lèpre et celle de la syringomyélie offrent de nombreux points de ressemblance. Pourtant ces deux affections se distinguent en ce qui concerne les troubles sensitifs, par des caractères importants que je résume dans les formules suivantes :

1° L'anesthésie de la lèpre est toujours symétrique, d'abord rubanée, segmentaire dans la suite, imparfaitement dissociée, et d'intensité graduellement décroissante en allant de la superficie de la peau vers la profondeur, et de l'extrémité libre des membres vers leur racine.

2° L'anesthésie de la syringomyélie est souvent asymétrique, toujours segmentaire d'emblée, en général parfaitement dissociée et séparée par une limite brusque des régions sensibles sus et sous-jacentes.

**Sténose pylorique et vaste dilatation de l'estomac ; application au diagnostic de l'éclairage intra-stomacal.** — M. Chauffard Il s'agit d'un homme de 30 ans, de petite taille, atteint depuis un an de dyspepsie, sans étiologie nette. Il fut pris au début de pesanteurs stomacales, de lenteur des digestions, d'éructations ; puis, au bout de quelques mois, il eut des vomissements abondants de résidus alimentaires. Cet homme a peu souffert, n'a jamais présenté d'hématémèses, ni de crises douloureuses périodiques. Quand on l'examine, l'estomac étant plein, on trouve une vaste poche s'étendant au-dessous de l'ombilic, animée de mouvements péristaltiques du cardia vers le pylore. Le clapotage gastrique descend très bas à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lorsque l'organe est vide, on ne trouve rien de pareil. Le matin, on constate de la stase gastrique, formée d'un litre de liquide trouble, acide, à odeur butyrique, contenant de l'acide chlorhydrique libre, divers acides, des peptones, des matières albuminoïdes, des résidus de matières alimentaires. Si l'estomac a été lavé à 10 heures du soir, on trouve encore le matin un liquide analogue, mais avec peu de débris alimentaires. Il n'existe aucune tumeur. Il s'agit donc de dilatation gastrique par sténose pylorique d'origine inconnue. Pour remédier à cette lésion, M. Chauffard se propose de faire pratiquer par M. Quenu la gastro-entéro-anastomose. L'éclairage électrique intra-stomacal permet bien de juger de l'énorme dilatation de cet organe. L'estomac est rempli d'eau à l'aide du siphon, puis le malade ingurgite une petite lampe Edison, reliée à un fil ; celle-ci étant allumée, on aperçoit aussitôt derrière la paroi abdominale une lueur rouge sombre, qui éclaire cette poche et ses courbures ; la grande courbure se voit au contact du pubis et des arcades crurales ; les orifices cardiaque et pylorique sont en situation normale ; la petite courbure se dessine au-dessus de l'ombilic. On constate de plus qu'aucun épaississement n'existe sur la paroi antérieure de l'estomac ; celle-ci paraît plus mince que celle d'un estomac sain.

**Présentation du malade.** — M. Moutard-Martin présente un homme atteint d'hémi-anesthésie hystérique et dont la main déformée rappelle ce que l'on a décrit sous le nom de main succulente. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**Physiologie et pathologie de la respiration nasale**, par H. Mendel, ex-interne des hôpitaux. 1 volume, à la Société d'Editions scientifiques, avec une préface de M. Gariel.

C'est une tâche bien délicate qui nous incombe que de donner notre avis sur ce travail et que de le présenter à nos lecteurs, car nous ne pouvons nous laisser aller à dire tout le bien que nous pensons de cette publication.... M. Mendel étant un de nos collaborateurs de la première heure. Aussi, à notre demande, M. Mendel a bien voulu nous donner une étude résumée d'un chapitre de son ouvrage (voir page 452), et nous sommes d'avis que la lecture de cette étude donnera mieux que tout compte rendu détaillé une idée précise de l'ensemble du travail. Nos lecteurs pourront ainsi se faire eux-mêmes une opinion qui, nous en sommes convaincus ne pourra être que favorable.

L'ouvrage se divise en deux parties qui traitent successivement des sujets suivants : *A*. Essais de mécanique respiratoire : 1° capacité de la cavité thoracique ; 2° détermination de la surface pulmonaire extérieure ; 3° importance capitale de l'orifice respiratoire ; 4° Etude de l'orifice respiratoire ; 5° rhinométrie et thorscodynamométrie. — *B*. Etude de l'insuffisance nasale ; 1° étiologie ; 2° troubles dus à l'insuffisance nasale ; 3° diagnostic, pronostic et traitement. — M. Degny.

**Les tractions rythmées de la langue**, par G.-V. Laborde, de l'Académie de médecine (2e édition augmentée, avec quatre dessins, dont une planche coloriée hors texte. Alcan, éditeur, 1897).

Dans ce livre de 550 pages, véritable « traitement physiologique de la mort », notre éminent collègue et ami étudie le moyen rationnel et le plus puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie. Nous n'avons plus à faire l'éloge de cette méthode thérapeutique, devenue presque populaire, même à l'étranger et en Allemagne, où elle a obtenu, en quelque sorte, ses grandes lettres de naturalisation, comme on peut le voir dans l'addition d'un nouveau chapitre, où se trouve un résumé des travaux exotiques sur ce sujet. Tous ceux qui liront ce volume, seront pénétrés avec nous de la plus profonde reconnaissance et d'une légitime admiration envers le savant modeste et éminent qui, partant de principes physiologiques, a fait une découverte si utile pour le bien de l'humanité. — H. H.

**Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition**, par le Dr Juventin (de Nice), lauréat de l'Académie de médecine. Une plaquette in-12, de 83 pages. Prix : 1 fr. 50. (Octave Doin, éditeur).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# PHYSIOLOGIE CLINIQUE

## Sur le fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires

Par M. le Dr Marc Sée
*de l'Académie de Médecine, chirurgien des hôpitaux*

On m'assure qu'il existe encore en France quelques personnes qui sont restées figées dans la vieille théorie de Lower, qu'on a désignée vulgairement sous le nom de *théorie du parapluie*, et à laquelle j'ai donné celui de théorie de l'*occlusion passive* des orifices auriculo-ventriculaires. C'est pour ces rares attardés que je veux tenter un dernier effort, au risque d'être traité de vieux rabâcheur ou d'enfonceur de portes ouvertes. J'espère ouvrir enfin les yeux aux derniers récalcitrants, en répétant et développant quelques-uns des faits et arguments que j'ai fait connaître pour la première fois il y a près d'un quart de siècle, et en exposant de nouveau avec détails les impossibilités auxquelles se heurtent les idées anciennes, si légèrement acceptées chez nous, alors qu'à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, elles étaient répudiées unanimement depuis fort longtemps.

Suggérée bien certainement par une fausse analogie avec ce qui se passe dans le jeu des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, la théorie de l'occlusion passive doit sa véritable origine à une fausse interprétation d'une expérience sur le cadavre, faite pour la première fois par Lower et répétée journellement, depuis lors, dans les amphithéâtres. Elle fut acceptée avec une grande candeur par la majorité des médecins français et eut cette bonne fortune, quand elle fut contestée, de ne trouver en face d'elle que des théories non moins insoutenables; en même temps que d'ardents défenseurs, parmi lesquels des expérimentateurs habiles et accrédités tentaient de l'asseoir, sur une base inébranlable.

On sait en quoi consiste l'expérience de Lower, que des physiologistes modernes ont cru sincèrement avoir inventée. Dans un des ventricules du cœur on pousse, par une voie quelconque, une quantité d'eau suffisante pour en distendre les parois. Si l'afflux de liquide a lieu avec un peu de brusquerie et sous une certaine pression, l'eau qui s'engage entre la valvule flottante et les parois ventriculaires, soulève les valves, les étale, les distend même, de manière que leurs bords libres et une portion de leurs faces correspondantes se mettent en contact entre eux, s'affrontent, comme on dit, et empêchent ainsi, plus ou moins complètement, le liquide de traverser l'orifice auriculo-ventriculaire. Ceci a lieu, à quelques différences près, sur lesquelles nous reviendrons, à gauche comme à droite.

Dire que les physiologistes ont voulu voir dans cette expérience une image fidèle de la systole ventriculaire et qu'on a bâti sur elle une théorie, longtemps acceptée sans conteste, de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, théorie que réprouve l'anatomie, que condamne la physiologie et pour laquelle on a torturé la pathologie, comme je vais essayer de le démontrer dans cet article, que j'aurais voulu faire plus court!

Singulière systole, en vérité, où le liquide afflue dans le ventricule au lieu de s'en échapper, qui produit l'élargissement de la cavité ventriculaire au lieu de la restreindre et de l'effacer, dans laquelle les parois cardiaques restent flasques et se distendent, au lieu de durcir et de se rétracter, où les piliers musculaires des valvules, enfin, s'allongent et s'écartent l'un de l'autre, au lieu de se raccourcir et de se réunir en une masse unique. Je voudrais ajouter dans laquelle les valves se relèvent au lieu de s'abaisser. Vraiment, s'il me fallait absolument voir là un des temps de la révolution circulatoire du cœur, ce dont je ne vois nullement la nécessité, c'est la diastole ventriculaire que je choisirais, de préférence à la systole, attendu que c'est dans la diastole du ventricule que la cavité se remplit et se distend sous l'effort de la contraction de l'oreillette.

Il est donc de toute évidence que l'expérience de Lower ne répond en rien à ce qui se passe pendant la contraction des ventricules, et, comme conséquence forcée, qu'elle ne peut servir de base à une théorie des valvules auriculo-ventriculaires.

Je ne saurais trop insister sur l'objection capitale qui résulte de ce parallèle. D'emblée et avant tout examen, elle sape par la base et renverse tout l'édifice bâti sur une fausse analogie avec le mécanisme des valvules qui garnissent les orifices artériels, et sur une fausse interprétation d'une expérience faite dans des conditions toutes différentes de celles qui président au jeu naturel des valvules mitrale et tricuspide. Mais les détails dans lesquels nous allons entrer montreront non moins nettement aux plus incrédules que toutes les circonstances, même les plus minimes, qui accompagnent le fonctionnement des valvules mitrale et tricuspide plaident contre l'hypothèse de l'occlusion passive des orifices auriculo-ventriculaires.

C'est pourtant cette hypothèse que Chauveau et Arloing persistent à défendre (V. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, art. Cœur, p. 332) (1). « Les valvules « auriculo-ventriculaires, disent-ils, sont pendantes à la « fin de la systole auriculaire. Dès que la systole des ven-

(1) Si je prends pour point de départ et de canevas de mes critiques cet article du Dictionnaire de Dechambre, c'est uniquement parce que je le considère comme un résumé net et autorisé de ce qui a été écrit à l'appui de l'ancienne théorie valvulaire. Je serais désolé si quelqu'un voulait voir dans mon argumentation l'expression ou l'indice d'un sentiment malveillant à l'égard des deux éminents physiologistes de l'école de Lyon, dont le caractère et les travaux scientifiques m'inspirent la plus haute estime. Mais ne peut-on pas dire avec le poète : *Quandoque bonus dormitat...?*

Digitized by Google

« tricules se fait sentir, le sang s'engouffre sous les replis « de la valvule triglochine ou de la valvule mitrale, les « soulève, et comme ces replis sont attachés aux parois « des ventricules par des cordages dont la base est con- « tractile, leurs pointes sont ramenées en bas, tandis que « leurs faces supérieures s'adossent, de manière à former, « au niveau de l'orifice ventriculaire légèrement rétréci, « une voûte multiconcave, qui sépare les ventricules des « oreillettes. »

Voilà toute la théorie. Examinons un peu les divers éléments qui entrent dans sa composition.

« *Des cordages dont la base est contractile !* » L'expression me paraît assez singulière pour désigner des muscles qui ont parfois la grosseur du petit doigt, comme dit Bouillaud, et qui donnent attache par leur sommet, à des tendons longs et ténus comme les cordages tendineux. C'est comme si on appelait le biceps brachial un *cordage dont la base est contractile*. Mais passons.

« *Dès que la systole se fait sentir, le sang s'engouffre sous les plis valvulaires.* » Est-ce tout le sang du ventricule ? Je ne saurais le croire, attendu qu'à ce moment l'orifice auriculo-ventriculaire est largement ouvert, et, à moins d'admettre que le sang ventriculaire jouit d'une tendance toute spéciale à s'engouffrer sous les plis valvulaires, il me paraîtra plus probable qu'une partie de ce sang franchira la porte ouverte devant lui et retournera dans l'oreillette. Et l'on ne voit pas ce qui pourrait l'en empêcher, car, quelle que soit la rapidité avec laquelle se redressent les valves, il faut bien reconnaître que ce redressement exige un certain temps, excessivement court, direz-vous, et je le veux bien, mais toujours suffisant pour permettre à une portion du contenu ventriculaire de rentrer dans l'oreillette. Et tout ce sang qui ne s'engouffre pas sous les valves sera perdu pour la circulation, jusqu'à la systole ventriculaire suivante, où l'on verra le même fait se répéter ; si bien qu'il pourrait se faire qu'une dose déterminée de sang fût ballottée indéfiniment entre le ventricule et l'oreillette de chaque côté. Quel admirable mécanisme !

Pour ce qui est du *dôme multiconcave*, en admettant que *les pointes des valves soient ramenées en bas*, tandis que *leurs faces supérieures s'adossent*, ce qui n'est pas possible, comme nous le verrons, on comprendrait à la rigueur sa formation à droite, où il y a trois valves ; mais on conçoit plus difficilement comment il pourrait se produire à gauche, où il n'existe que deux valves. Un dôme *biconcave*, tout au plus, serait possible de ce côté. La conception de ce dôme multiconcave ferait supposer que MM. Chauveau et Arloing ont expérimenté surtout sur le cœur droit, qui, en effet, offre plus de facilités.

Mais les mouvements en sens inverse attribués par MM. Chauveau et Arloing aux pointes des valves et à leurs faces ne sont pas admissibles. Tous ceux qui ont l'occasion d'avoir un cœur entre les mains, et cette observation a été faite longtemps avant moi, par Schœmaker (*Tijdschr. v. Geneesk.*, IV, 1860, p. 449, et *Schmidt's Jahrb.* 1864, p. 42) peuvent s'assurer qu'une traction opérée à la fois sur tous les cordages d'une valve, par l'intermédiaire des piliers qui les fournissent, a pour effet de tendre et d'abaisser les portions adhérente et moyenne de la valve, *tandis que le bord libre et la portion attenante ou les pointes* restent flasques et relâchées. Est-il supposable que le contraire ait lieu pendant la vie ?

Il faut ajouter qu'il n'est pas extrêmement rare de rencontrer des cœurs dont la valvule mitrale, soumise à l'épreuve de Lower, laisse passer une partie du liquide entre les valves déployées ; mais cette insuffisance est bien autrement fréquente à droite, si elle ne constitue pas la règle. Du reste, elle n'a pu échapper aux plus fervents protagonistes de la théorie ancienne. Ainsi Colin (d'Alfort), dans la discussion qu'il a soutenue contre Bouillaud, s'exprime ainsi (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1874, p. 340) :

« Les valvules des deux orifices fonctionnent d'une ma- « nière à peu près identique, avec cette différence que « celles des cavités gauches semblent se fermer plus exactement que leurs congénères. » Cela veut dire apparemment que Cotin a vu parfois le liquide passer en partie entre les valves déployées de la tricuspide. Cette insuffisance, du reste, n'empêche pas ensuite Colin de vanter *la précision admirable du jeu des valvules*. D'autres partisans, non moins zélés, de la même théorie, paraissent avoir observé si fréquemment cette circonstance qu'ils n'ont pas hésité à en conclure à l'existence d'une *insuffisance tricuspide normale*. C'est le comble de la logique.

Mais reprenons notre citation.

« Baumgarten, le premier, « disent les auteurs », a re- « produit artificiellement le jeu des valvules sur un cœur « dont les oreillettes avaient été excisées (1). Chauveau et « Faivre ont fait sentir à toutes les personnes qui ont « assisté à leurs expériences le soulèvement des valvules « tricuspide et mitrale. Il suffit, pour le constater à nou- « veau, d'engager le doigt, par une plaie faite à l'auricule, « et de le placer dans l'orifice auriculo-ventriculaire : à « chaque systole du ventricule, le doigt est pressé circu- « lairement par les valvules qui tendent à s'adosser. En « retirant le doigt au-dessus de l'orifice, on sent la valvule « en frapper la pulpe et l'on peut explorer les sillons et « les convexités qu'elles forment du côté des oreillettes. « On éprouve, en outre, la sensation de légères vibra- « tions produites par ces membranes valvulaires. » (l. c., p. 333).

(1) Il y a là une légère erreur. Voici ce qu'on peut lire dans le *Traité du Cœur*, de Lower (traduction française 1679, p. 45) : « On pourra voir clairement la manière dont les membranes sont soulevées et comment elles bouchent cette ouverture, en introduisant un syphon par l'ouverture ou par la pointe du cœur et en seringuant de l'eau, pourvu que l'oreillette et la veine du poumon aient été coupées auparavant vers la base du cœur ; la même chose arrivera si, le cœur ayant été presque rempli d'eau, on le presse vers la pointe. » Or, le mémoire de Baumgarten est de 1843. Il a pour titre : *Dissertatio de mechanismo quo valvulæ venosæ cordis clanduntur*.

Digitized by Google

Ce second alinéa suscite également quelques réflexions. D'abord, on a quelque peine à comprendre comment, en tendant à s'adosser, deux valves, s'il s'agit du cœur gauche, ou même trois, si l'on envisage le cœur droit, peuvent presser le doigt *circulairement*. Malgré toute l'énergie de cette tendance, il restera toujours deux ou trois portions de la périphérie du doigt qui seront soustraites à la pression, celles qui répondent aux points où les membranes tendues vont se rejoindre, et ne sont pas encore arrivées au contact. N'est-il pas plus simple et plus rationnel d'admettre que le doigt *placé dans l'anneau*, s'il est serré circulairement, l'est par cet anneau lui-même, et non par les lames membraneuses qui se détachent de son bord inférieur ? Pour exercer une pression circulaire sur un doigt, il faut un anneau qui tend à se rétrécir. Or, les auteurs eux-mêmes disent expressément, d'accord, du reste, avec tous leurs prédécesseurs, que l'orifice auriculo-ventriculaire se *rétrécit*, légèrement, ajoutent-ils, mais enfin se *rétrécit à ce moment*, sous l'influence sans doute des fibres musculaires du cœur, qui constituent à ce niveau une sorte de sphincter. Ainsi, il existe autour de l'anneau fibreux de l'orifice un véritable sphincter, ce sphincter se contracte et l'anneau se rétrécit ; le doigt est serré circulairement, et l'on voudrait attribuer cette constriction, non à l'anneau, mais à des lames membraneuses qui n'en peuvent mais ! Est-ce logique ? Est-ce admissible ?

Mais l'interprétation que les auteurs donnent de la seconde partie de leur expérience me laisse bien autrement perplexe. D'autant plus que les auteurs avaient écrit plus haut (p. 315) : « Les notions qu'on obtient par le tact sont trop imparfaites pour qu'on puisse s'en contenter. » Entre les deux versions contradictoires, je serais tenté de donner la préférence à cette dernière. En effet, cette exploration minutieuse opérée par le doigt, qui glisse sur la surface convexe du dôme, qui en parcourt les sillons et les convexités, sans compter la sensation de légères vibrations produite par les membranes valvulaires, tout cela me rend rêveur. Saisir au vol, pour ainsi dire, tous ces détails de configuration des valves au milieu du tumulte des mouvements cardiaques, me semble exiger une finesse de tact et une habileté, qu'il faut certainement reconnaître à MM. Chauveau et Faivre, mais qui ne sont pas des qualités communes et je soupçonne fort les assistants qui ont confirmé les résultats annoncés par les maîtres d'y avoir mis une certaine complaisance. Il me paraît difficile, en effet, pour un observateur vulgaire, de suivre du doigt dans leurs évolutions ces dômes qui se forment et s'effondrent sans cesse et avec une rapidité très grande, à travers un orifice *rétréci*, dans lequel le doigt était serré tout à l'heure.

Oh ! sur le cadavre, tout cela est possible, facile. Mais ce qu'on y constate à loisir, le ventricule étant dilaté, l'orifice élargi, les valves immobiles, peut-on le reconnaître de même sur un cœur palpitant, où les conditions sont précisément inverses ?

D'ailleurs, l'exploration digitale des cavités du cœur vivant n'est pas chose nouvelle. Elle a été pratiquée depuis fort longtemps, et c'est bien à tort que Colin d'Alfort en avait réclamé la priorité, dans la discussion qu'il soutint contre Bouillaud (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1874, p. 376). Parlant du procédé « qui consiste à examiner le « mécanisme valvulaire sur l'animal vivant, en introdui- « sant le doigt dans les cavités du cœur par une ouver- « ture à l'oreillette », il disait : « Je l'ai décrit depuis vingt ans, *avant que personne n'en eût parlé* ». Colin avait oublié que de nombreux expérimentateurs l'avaient précédé dans cette voie. Il me suffira de citer Ch. William, Allen Thompson, Reid, Sénac, etc. Et qu'ont observé tous ces investigateurs ? Aucun ne parle d'une voûte valvulaire qui se formerait pendant la systole du ventricule. Tous affirment, au contraire, que la contraction ventriculaire détermine l'abaissement des valves. Voici quelques citations : Dans la première expérience du Dr William (1835), faite sur un ânon chez lequel on entretenait la respiration artificielle, il est dit : « A travers l'orifice mitral, « j'introduis le doigt dans le ventricule gauche » ; dans la deuxième on lit : « On incisa l'artère pulmonaire et on « introduisit le doigt dans le ventricule droit ». Allen Thomson (1836) (*in Todds. Cyclop.* t. I, p. 656) a vu *que les colonnes charnues tirent les valvules en bas*. Reid (1830) (*Toods Cyclop.* t. II, p. 601) dit s'être assuré, en introduisant le doigt dans l'oreillette d'un animal vivant, que *les valvules ne s'élèvent point dans la systole ventriculaire*, et qu'au contraire, il se forme entre elles un espace conique qui prolonge la cavité des oreillettes. Kürschner (*Wagner's Handwœrterb.*, t. II, p. 601) a reconnu que *les valvules s'abaissent de plus en plus pendant la systole*. Spring (*Mém. de l'Acad. royale de Belgique*, t. XXIII) déclare aussi avoir reconnu cet abaissement. De plus, ayant appliqué le galvanisme aux ventricules encore irritables, il a obtenu l'abaissement des valvules. Il en conclut naturellement que la contraction des muscles papillaires détermine une forte tension des membranes valvulaires abaissées et des cordages tendineux.

Comment expliquer cette contradiction entre les observations unanimes de tous ces expérimentateurs et celles de MM. Chauveau et Faivre ? Je ne pourrais m'en rendre compte qu'en l'attribuant à l'état de trouble et d'épuisement dans lequel ont dû se trouver les animaux sur lesquels ont expérimenté ces derniers physiologistes, et à l'affaiblissement des contractions cardiaques qui en a été la conséquence. MM. Chauveau et Faivre n'ont-ils pas dit eux-mêmes (*art. Cœur*, p. 317) que « le contact de l'air avec le cœur, les manipulations dont il est l'objet troublent notablement son jeu ».

Mais, laissant pour un instant ces constatations directes, que l'on tâche de se représenter, par la pensée, les mouvements, si étendus, de soulèvement et d'abaissement qu'exécuteraient les valvules, dans le cœur humain, 70,

Digitized by Google

100, 150 fois et plus par minute, et l'on se demandera, toute idée préconçue mise de côté, si une telle agitation endiablée est probable, possible, si elle est compatible avec la précision d'adaptation des valves qu'exige la théorie, si elle serait capable d'agir sur le sang autrement que pour y produire un tourbillonnement un râmous stérile. Non, un tel mode de fonctionnement ne peut se concevoir, pour peu qu'on y réfléchisse. Mais on réfléchit si peu (1).

A quel moment de la révolution cardiaque, d'ailleurs la valvule mitrale devrait-elle, dans l'hypothèse de l'occlusion passive, s'étaler en voûte dans l'orifice auriculo-ventriculaire? Au moment de la systole ventriculaire, naturellement, c'est-à-dire quand la cavité du ventricule se rétrécit et s'efface, en même temps que l'orifice se resserre. Cette remarque avait déjà été faite par P. Bérard (*Cours de physiologie*, t. III, p. 637) : « Au moment de la systole, dit-il, l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, et il n'y a plus de place en cet endroit pour y tendre une membrane. Bien loin qu'il en soit ainsi, le canal que forme la valvule, devenu beaucoup trop large pour la cavité réduite du ventricule..... se fronce, se plie et ferme ainsi sa cavité. » Cette dernière assertion seule ne répond pas à la réalité.

**Si tant d'observateurs ont pu constater expérimentalement que la contraction des piliers, accompagnant celle des parois ventriculaires, détermine l'abaissement et la tension des cordages tendineux et des valves, comment se fait-il, demandera-t-on, que les théories fondées sur cet abaissement aient eu si peu de succès chez nous, ou du moins n'aient pas réuni l'assentiment général des physiologistes? Cela tient, on n'en saurait douter, à ce que l'idée d'abaissement des valves se liait étroitement, dans les esprits, à celle d'ouverture des orifices, et que les explications, très dissemblables, que l'on a données pour concilier l'abaissement avec l'occlusion, se sont toutes heurtées à des dispositions anatomiques ou à des faits d'ordre physiologique qui les rendaient difficilement acceptables. Résumons quelques-unes seulement des solutions proposées. Aucune d'elles ne résiste à un examen sérieux.**

Meckel (*Handbuch der menschlichen Anatomie*, t. III, p. 23, 1815, et trad. de Jourdan et Breschet, t. II, p. 275, 1825), qui, le premier nia que l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires soit simplement passive, se borne à conclure que les diverses parties des valvules, par la contraction des piliers, sont rapprochées les unes des autres ; à quoi Burdach (*Traité de physiologie*, trad. de Jourdan, t. VI, p. 239, 1827) ajoute que les valves, tirées de haut en bas et de dehors en dedans, *doivent s'écarter des parois ventriculaires et être ramenées dans l'axe du ventricule*. Mais comme, dans cette valvule ainsi abaissée et ayant pris la forme d'un *entonnoir*, il reste, entre les filaments tendineux, des vides par lesquels le sang pourrait retourner dans l'oreillette, Burdach admet que la pression sanguine, s'exerçant sur la face externe de l'entonnoir, efface ces vides et complète l'occlusion. Or, il est certain que la traction des piliers ne saurait écarter les valves des parois ventriculaires, pour les ramener dans l'axe du ventricule.

La théorie de Meckel a été reproduite plus récemment, avec de légères modifications, par M. Surmay, qui a cru l'avoir inventée.

Selon Kürschner (*Froriep's Notizen*, 1840, p. 316 et *Wagner's Handwœrterbuch* 1844, t. II, p. 60), dont les idées ont eu beaucoup de succès en Allemagne, les valvules sont d'abord soulevées par le sang, au début de la contraction ventriculaire ; mais, quand la systole progresse, elles sont attirées vers la pointe du cœur par une contraction vigoureuse des muscles papillaires ; elles contribuent ainsi à pousser le sang hors du ventricule. Ces deux temps de la systole ventriculaire ont trouvé peu de partisans chez nous, non plus que le rôle actif prêté aux valvules.

Le même motif devait faire échouer la théorie de Küss, qui n'est qu'une modification de la précédente. Elle a été exposée en très bons termes par M. Duval (*Cours de physiologie*, 1872, p. 149). « En introduisant le doigt vers la région auriculo-ventriculaire au moment de la systole du ventricule, on voit, dit-il, que l'espèce d'entonnoir qui pend de l'oreillette dans le ventricule, continue à exister ; de la contraction des muscles papillaires il résulte d'abord l'allongement du cône auriculaire, dont ensuite les bords libres se rapprochent. En même temps que ce cône creux descend dans le ventricule, les parois de celui-ci se contractent, se rapprochent de lui, de sorte que l'appareil auriculo-ventriculaire agit comme une *espèce de piston creux* qui pénètre dans le ventricule ; et c'est ainsi que le ventricule arrive à se vider complètement, le contact devenant parfait entre ses parois et le prolongement auriculaire. »

C'est aussi l'anatomie qui a été la pierre d'achoppement de la théorie de *Parchappe* (*Du cœur*, 1848, p. 2), qui assimile les appareils valvulaires auriculo-ventriculaires à une bourse munie de ses cordons, et les piliers à un système de muscles synergiques tirant les cordons de la circonférence de l'anneau au centre, en rapprochant et fronçant le bord libre de l'ouverture. Dans l'état de rapprochement des piliers du ventricule gauche, le pilier antérieur et le pilier postérieur, exactement appliqués l'un contre l'autre, s'engrènent par les saillies et les dépres-

(1) J'ai été curieux de savoir quel serait, sur le cheval, dans l'hypothèse du soulèvement des valvules, le temps pendant lequel le doigt introduit dans l'oreillette aurait le loisir d'explorer le dôme formé pendant la systole. Le calcul est facile au moyen du tracé fourni par Chauveau et Faivre (*Art. cardiographie*, p. 436). On voit sur ce tracé que la durée totale d'une révolution cardiaque, chez le cheval en expérience, était de 11/10e de seconde ; il y avait donc 55 pulsations du cœur par minute. Sur ces 11/10e de seconde, la systole ventriculaire en prenait 4. Pour amener la contraction du ventricule à son maximum (formation de la voûte), il fallait un demi-dixième de seconde. Un autre demi-dixième était pris par le relâchement des parois ventriculaires (effondrement de la voûte). La voûte subsistait donc 3/10e de seconde. Et c'est là le temps dont disposerait le doigt explorateur pour constater tous les détails de forme et de situation de la valvule.

Digitized by Google

sions de leurs faces opposées, et ainsi engrénés formeraient au centre de la cavité ventriculaire une seule colonne, d'où partirait un faisceau unique de cordages tendineux à peine divergents. A part l'engrénement des piliers contrastés, que Parchappe a eu le mérite de signaler le premier, tout, dans ce mécanisme, est inadmissible pour un anatomiste.

*Bouillaud*, dont les études anatomiques sur le cœur sont au-dessus de tout éloge, voit dans le mécanisme des valvules auriculo-ventriculaires une pompe aspirante et foulante (*Bull. de l'Acad. de Méd.* 1874, p. 350), et arrive à cette singulière conclusion que les colonnes charnues du cœur constituent des muscles spéciaux « ayant pour fonction de relever les valvules lorsqu'elles ont été abaissées pendant la diastole, et de produire ainsi l'occlusion des orifices » (l. c., p. 363)... « Lorsque les deux lames ou « valves de la valvule bicuspide sont abaissées et écartées « autant que possible l'une de l'autre, comme il arrive au « moment de la diastole ventriculaire, les colonnes char- « nues dont elles reçoit les filets tendineux ont évidem- « ment pour effet de *redresser* les lames valvulaires abais- « sées, puisqu'elles les tirent par tous les points de la « circonférence au centre. C'est pour cela que j'ai cru « devoir désigner les colonnes charnues sous les noms de « *muscles tenseurs, releveurs ou rapprocheurs* des lames ou « valves de la valvule mitrale ou tricuspide » (*ibid.* p. 365). On ne comprend pas comment un esprit supérieur tel que Bouillaud a pu arriver à de semblables résultats.

Mais en voilà assez, trop peut-être, sur des théories mortes...,. et enterrées dans l'oubli. Revenons à cette bonne théorie du parapluie, « une des plus anciennes », disent MM. Chauveau et Arloing, la plus ancienne pourrait-on dire, « la seule qui soit réellement démontrée par l'expérience. » Franchement, je suis porté à croire, à part moi, qu'au fond l'exploration digitale, ne les a pas aussi convaincus qu'ils semblent l'affirmer, et cela malgré les nombreux assentiments qu'ils ont pu recueillir parmi les auditeurs réunis dans leur laboratoire autrement. Auraient-ils écrit : « Les notions qu'on obtient par le tact sont trop imparfaites pour qu'on ait pu s'en contenter », puis ceci, (p. 317): « Il fallait donc trouver un procédé expérimental « qui pût remédier à cette imperfection relative de nos « sens, un procédé qui, à *la place d'une sensation fugitive*, « *jugée différemment suivant les personnes* (pourrais-je « mieux dire ?) laisserait une trace durable..... » ?

Ce procédé idéal, irrésistible, ils l'ont trouvé dans la *cardiographie*. On sait que la cardiographie consiste à introduire dans les cavités du cœur, sur un animal vivant, des ampoules de caoutchouc qui, soumises aux pressions variées que le sang exerce sur elles aux divers temps de la révolution cardiaque, manifestent à l'extérieur, grâce à un mécanisme ingénieux, leurs degrés successifs de compression par des tracés qui les traduisent rigoureusement. Or, il me paraît évident que ces ampoules ne sauraient, en aucune circonstance, donner d'autres renseignements que ceux qui concernent la pression intra-ventriculaire. Vouloir leur faire dire autre chose, c'est faire de la fantaisie, sans apporter la moindre preuve à l'appui de leur opinion. MM. Chauveau et Arloing prétendent, que les tracés cardiographiques traduisent le jeu des valvules, quand ils ont dit eux-mêmes (l. c. p. 333) que dans le tracé du ventricule (fig. 12), « nous voyons le sommet de la courbe « surmonté de trois *accidents* dus à des diminutions et à « des augmentations successives de la pression dans le « ventricule », ce qui est incontestable. Mais pourquoi ajoutent-ils immédiatement après : « Ces changements ne « peuvent s'attribuer qu'aux vibrations que subit la valvule « auriculo-ventriculaire sous l'influence de la tension « brusque qu'elle éprouve en ce moment »? Le jeu valvulaire arrive, ici, qu'on me pardonne l'expression *sans rime ni raison* ; il n'est ni prévu, ni acceptable. La vérité c'est que les tracés cardiographiques ne peuvent qu'indiquer les variations que subit la pression intra-ventriculaire et n'ont rien à voir, rien à montrer dans le jeu des valvules.

MM. Chauveau et Faivre n'étaient donc pas en droit d'écrire que leur explication du jeu des valvules auriculo-ventriculaire est réellement démontrée par l'expérience, et c'est à tort qu'ils ont écrit cette phrase : « Ce n'est réellement que dans ces dernières années que le jeu de cet organe (le cœur) et les phénomènes dont il s'accompagne furent parfaitement déterminés et mis en quelque sorte au-dessus de toute contestation » (l. c., p. 314).

Dans la théorie de l'occlusion passive avec soulèvement des valves en forme de voûte, il est impossible de concevoir l'évacuation complète des ventricules. Quelle que soit l'énergie de la contraction ventriculaire, il restera toujours sous la voûte un espace plus ou moins considérable dans lequel le sang sera emprisonné, jusqu'au moment où, la diastole survenant, il retombera dans le fond de la cavité, en même temps que la voûte s'affaisse. Devant cette impossibilité absolue, à laquelle ils n'ont pu se soustraire, de concilier l'évacuation complète du ventricule avec leur doctrine, les *passivistes* ont pris le parti dont s'avisent assez souvent les théoriciens aux abois : ne pouvant interpréter un fait, ils le nient. Dans l'espèce, ils ont soutenu carrément que les ventricules ne se vident pas tout à fait. Ne se vident jamais, devaient-ils dire, attendu que, s'il était prouvé que dans un cas, un seul cas, le ventricule gauche a été trouvé absolument vide de sang, ce fait unique suffirait pour invalider leur théorie. Or, les faits de cette nature sont nombreux et ne laissent pas le moindre doute.

Dans mes *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur* (p. 38 de la 2e édit.), j'avais montré que le sang du ventricule gauche qui commence à entrer en systole se trouve confiné, par le fait de l'abaissement des valves et

Digitized by Google

du rapprochement des piliers, dans un espace régulier, cylindroïde, dont les parois lisses, formées à droite par la surface de la cloison, à gauche par la grande valve et la face ventriculaire des piliers, n'offrent ni saillies, ni dépressions et se continuent, presque sans limite, avec la cavité de l'aorte. Grâce à cette disposition, les parois opposées du ventricule contracté sont dans un contact parfait, ce qui lui permet de se vider de tout son contenu, sans le moindre résidu.

En fait, cette vacuité absolue se rencontre souvent dans les autopsies, en particulier après les morts subites ou très rapides, chez les suppliciés, dans les cas de mort par hémorragie, dans tous ceux où elle a saisi le cœur en systole, ou lorsque ses contractions avaient conservé une certaine énergie dans les derniers moments de la vie. Je me contenterai de citer ici l'observation suivante, rapportée par le Dr Beugnies, de Givet (1), qui, certes, n'a pas eu l'idée de la faire servir à une théorie des valvules du cœur.

Chez un noyé, « le cœur, en systole ventriculaire gauche très manifeste, ne *contenait aucune trace de liquide dans ses quatre cavités* ». Et le rédacteur du journal, mon excellent collègue et ami, le Dr Laborde, ajoute : « *Cet « état du cœur, en contraction tétanique terminale et défi- « nitive, est habituellement celui que l'on rencontre à la « suite du supplice de la décapitation*, et que j'ai déjà « signalé dans mes recherches sur ce sujet : il permet de « se rendre compte de la situation des valvules auriculo- « ventriculaires et du mécanisme de l'occlusion des ori- « fices de même nom dans la systole ventriculaire »,

Nous avons vu enfin que dans cette même théorie que nous combattons, il faut admettre : 1° qu'au début de la systole ventriculaire, une portion du contenu du ventricule repasse dans l'oreillette par l'orifice ouvert pendant le temps que met la valvule à se relever ; 2° qu'à la fin de la systole ventriculaire, une certaine quantité de sang reste emprisonnée sous la voûte valvulaire, dont elle est le soutien, jusqu'au début de la diastole ventriculaire et l'abaissement des valves; 3° ce double prélèvement, auquel il faudrait ajouter tout le sang qui remplit les anfractuosités de la face interne du ventricule et des piliers, ne manquerait pas de réduire sensiblement la masse du sang qui est poussée dans l'aorte, et cette circonstance n'est pas de nature à donner une haute idée de la perfection du mécanisme valvulaire supposé.

La véritable solution du problème si vivement débattu depuis Harvey, la seule, j'ose le dire, qui se concilie avec tous les faits, sans exception, d'ordre anatomique, physiologique et pathologique, m'a été suggérée au cours des études sur le cœur qui m'ont été imposées, en 1868, par le concours pour la place de Chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris. Elle est si nette et si simple que j'en suis toujours à me demander comment il a été possible qu'elle n'ait pas, d'emblée, conquis tous les suffrages, et pourquoi il existe encore, à l'heure actuelle, des physiologistes et des médecins qui se refusent à l'accepter. Mais il ne faut pas oublier qu'il y aura toujours deux catégories de gens réfractaires à tout changement ; ceux qui ne lisent pas, et ceux qui, ayant pris part à la lutte, répugnent à se déjuger. Contre les premiers on ne peut rien. Ce sont ces derniers que j'ai le désir et l'espoir de convaincre.

Ce serait ici le moment de rappeler les dispositions anatomiques qui rendent inéluctable la théorie que j'ai proposée. Mais, comme elles ont été relatées dans la plupart des ouvrages d'anatomie qui ont paru depuis la publication de mon mémoire de 1874, je me bornerai à résumer en quelques propositions les principaux éléments de cette théorie, le but de ces lignes étant de ruiner définitivement les idées anciennes et non d'exposer les miennes.

Je ferai remarquer encore une fois que la plupart de ces propositions concernent exclusivement le cœur gauche, et que *le jeu de la valvule tricuspide diffère notablement de celui de la mitrale*, ce que l'on oublie constamment.

1° Les piliers ou muscles papillaires des ventricules sont les agents essentiels de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires par les valvules.

2° Par leur contraction, qui a lieu en même temps que celle des parois ventriculaires, les piliers tendent les valvules abaissées pendant la diastole, attirent à gauche les deux valves de la mitrale, les appliquent *à plat* l'une sur l'autre et sur la paroi gauche du ventricule, complétée par la juxtaposition des piliers (1).

3° A ce moment, la valve droite ou grande valve figure un large rideau tendu entre la moitié droite de la circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et la paroi gauche du ventricule, rideau qui masque complètement cet orifice et se continue en bas avec la surface lisse des piliers juxtaposés. C'est ce rideau qui ferme l'orifice (2).

(1) *Tribune médicale*, 1895, p. 616).

(1) MM. Chauveau et Faivre ne nient pas le raccourcissement des piliers, puisqu'ils disent (p 320) : « On a pu constater le raccourcissement des colonnes charnues de la face interne sur des cœurs ouverts pendant qu'il se contractait encore. » Mais ils soutiennent, sans chercher à le prouver d'ailleurs, que les piliers du cœur ne se contractent que dans la mesure nécessaire pour empêcher les valves de se renverser dans l'oreillette (pour empêcher le parapluie de faire tulipe, selon l'expression vulgaire), ce qui serait leur fonction unique, d'après Haller, Magendie et d'autres, ou « de proportionner la tension des cordages avec la puissance « des systoles et d'assurer toujours l'occlusion parfaite des « orifices » (Chauveau et Arloing, I, p 34). Les expériences dont il a été question plus haut contredisent formellement cette assertion.

(2) J'avais fait remarquer que la petite portion de la grande vulve mitrale qui répond à l'orifice auriculo-ventriculaire *pouvait être soulevée* plus ou moins par la pression du sang, de manière à présenter une concavité légère, un dôme au doigt explorateur. C'était là une de ces concessions qu'on fait quelquefois, l'estimant sans importance, à un adversaire qu'on ne veut pas trop froisser. Je regrette cet acte de faiblesse, qu'on a essayé de retourner contre moi, d'autant plus que je n'ai jamais cru beaucoup à la possibilité de cette *convexité légère* de la valve à travers un orifice rétréci au moment de la systole.

Digitized by Google

4° L'occlusion est rendue aussi hermétique que possible par le plissement des bords libres des deux valves, restés flasques et pendants, et par l'engrènement de ces plis marginaux qui sont comprimés entre les deux plans fibreux résultant du rapprochement des cordages tendineux de l'une et l'autre valve.

5° Quand la contraction cesse, les valves reprennent leur liberté, celle de droite est écartée légèrement de l'autre par le sang qui afflue de l'oreillette, pour s'en rapprocher de nouveau à la systole suivante.

6° Tout le jeu de la valvule mitrale se réduit donc, en définitive, à des séries successives de tension et de relâchement de cette valvule, avec rapprochement et écartement alternatifs des valves.

7° La valvule mitrale conserve toujours la même forme, pendant la systole ventriculaire comme pendant la diastole, la forme d'un entonnoir aplati de gauche à droite, dont la base est fixée au pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire, et dont le sommet ouvert s'avance dans la cavité du ventricule jusqu'au voisinage de sa pointe.

8° Le ventricule, à chaque systole, se vide complètement, tant que ses parois musculaires et ses piliers ont conservé leur contractilité normale.

On m'a reproché de vouloir « remplacer les résultats fournis par l'expérimentation par les données de l'anatomie », en d'autres termes, de vouloir « remplacer les faits par les raisonnements » (*loc. cit.*, p. 554).

Il s'agit de s'entendre. Si l'on a voulu dire que je n'ai pas *vu* les colonnes charnues du cœur, en se contractant, abaisser les valves de la mitrale et les tirer à gauche, rien de plus vrai. Mais ce fait déduit de l'anatomie en est-il moins certain? et n'y a-t il là qu'un simple raisonnement? Je le conteste absolument. La contraction d'un muscle peut-elle avoir un autre effet que de rapprocher son insertion mobile de son insertion fixe? A-t-on attendu la confirmation de l'expérimentation avant d'admettre que le biceps fléchit l'avant-bras sur le bras? De même quelqu'un s'aviserait-il de soutenir qu'un pilier du cœur inséré à gauche doit tirer les valves à droite, ou ne les tire d'aucun côté? Les faits anatomiques d'ordre si élémentaire n'ont nul besoin de la confirmation expérimentale, et entraînent une conviction irrésistible, que ne saurait donner la sensation fugace et fallacieuse procurée par un doigt promené dans l'intérieur du cœur.

Tout ce qui précède s'appliquant presque exclusivement à la valvule mitrale, je veux ajouter ici quelques mots relatifs à la valvule tricuspide. Bien que construite d'après un type analogue, mais non identique à celui de la valvule mitrale, la tricuspide doit à la configuration du ventricule droit, à la forme de sa cavité, à la texture de ses parois, à la disposition de ses piliers musculaires et de leurs cordages tendineux un mode de fonctionnement qui n'est pas du tout celui de la mitrale, bien qu'ayant avec lui quelques traits communs, et qui nécessite une description à part. C'est donc bien à tort qu'on s'évertue toujours à faire l'*histoire générale du jeu des valvules auriculo-ventriculaires*, édifiant ainsi une théorie mixte qui, en réalité, ne convient complètement ni à l'une ni à l'autre. Je me bornerai ici à cette simple remarque, tout ce qui concerne spécialement la valvule tricuspide ayant été exposé dans mon mémoire de 1874, auquel je renvoie le lecteur.

Il me reste maintenant à montrer que la pathologie n'est pas moins hostile à la théorie de l'occlusion passive que l'anatomie et la physiologie.

# PHARMACOLOGIE

## Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire en cachet (1)

Par Bricemoret

*Chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine*

Dans le premier groupe rentrent :

1° Les phosphates acides et leurs dérivés les phosphoglycérates.

L'acide phosphorique ordinaire est un acide tribasique c'est-à-dire qu'il peut, en se combinant avec les bases, donner trois séries de sels, des phosphates mono, bi et tribasiques. Avec la chaux, par exemple, il donnera un sel tricalcique, un sel bicalcique, un sel monocalcique.

Les deux premiers sels constituent des poudres blanches, inaltérables, qu'on peut très facilement formuler en cachets. Il n'en est pas de même du troisième qui constitue des lames nacrées, extrêmement déliquescentes qu'il est impossible d'envelopper de pain azyme. Le phosphate de potasse, tel que le fournit le commerce, a été préconisé par Dujardin-Beaumetz comme succédané du phosphate de chaux. C'est une substance avide d'eau qui, mise en cachets, ne tarderait pas à tomber en déliquium.

Je n'ai pas à insister ici sur le phosphate acide de soude ; ce sel, qui est surtout un produit de laboratoire, n'est pas utilisé en thérapeutique.

Parmi les dérivés des phosphates acides, il en est un que sa grande solubilité dans les liquides de l'organisme (en dehors de ses propriétés thérapeutiques sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre ici) fait employer fréquemment, le *glycéro-phosphate de soude*.

En raison même de sa constitution, comme tous ses congénères (glycéro-phosphate de chaux, etc.) ce sel est assez peu stable, et bien que la question de savoir si, pur, il est susceptible d'être conservé, sans altération sensible, à l'état solide, soit loin d'être tranchée, je crois qu'il est préférable, à l'heure actuelle, de s'abstenir, de le formuler en cachets. Des cachets de 0,25 c. de ce sel prescrits à un malade, formaient une pâte fluide 24 heures après leur préparation.

(1) Suite et fin (Journal des Praticiens n° 29).

Digitized by Google

2° *Le bromure de sodium.* Ce sel est assez souvent prescrit en cachets ; desséché ou non, il est très déliquescent et ne saurait, par conséquent, se prêter à cette manipulation.

3° *Le chlorure de calcium cristallisé* qu'il ne faut pas confondre avec le chlorure de calcium fondu. Ce sel, utilisé en Allemagne, contre les démangeaisons chroniques, absorbe plus ou moins lentement l'humidité atmosphérique.

4° *Le chlorure de strontium.* Ce corps, mis en cachets, se conduit comme le sel précédent.

5° Parmi les ferrugineux à la mode, le *citrate de fer ammoniacal* et le *tartrate ferrico-potassique*, sels s'altérant assez lentement à l'air ; il est donc préférable de s'abstenir, de les prescrire en cachets soit seuls, soit associés à d'autres substances.

6° *La pipérazine* et la lysidine que leur extrême déliquescence rend d'un maniement difficile,

7° *Le chloral* qui ne tarde pas à couvrir de taches huileuses les cachets qui en contiennent.

8° *Les extraits végétaux secs* et en général les produits préparés par évaporation dans le vide. Parmi les extraits, l'extrait sec de quinquina désigné encore sous le nom de sel essentiel de Lagaraye est prescrit assez souvent.

Son mode de préparation le rend extrêmement avide d'eau. Mise en cachets, la liquéfaction de cette préparation est déjà sensible au bout de 24 heures.

A côté des extraits secs, je placerai : *a*) *les peptones sèches* préparées par évaporation dans le vide. Comme les substances précédentes, les peptones absorbent l'humidité de l'air et se liquéfient ; *b*) *les extraits d'organes animaux* desséchés dans le vide.

Dans le second groupe, je rangerai les corps qui seuls ne sont pas altérables à l'air, mais qui, mélangés, donnent des composés extrêmement avides d'eau, tombant en déliquescence : tel est le mélange d'antipyrine et de salicylate de soude.

J'ai vu prescrire les cachets suivants :

| | | |
|---|---|---|
| Antipyrine | 0,30 | centigr. |
| Salicylate de soude | 0,30 | — |
| Bicarbonate de soude | 0,25 | — |

Pour un cachet, en préparer 20 semblables.

Deux jours après leur préparation, les 20 cachets ne formaient plus qu'une masse pâteuse, complètement inutilisable.

Les dernières recherches de Patein sur les combinaisons de l'antipyrine et des acides oxybenzoïques ont confirmé ce fait, connu depuis quelque temps, que l'antipyrine donne avec le salicylate de soude, un salicylate double de soude et d'antipyrine, sel très déliquescent. Cette propriété rend donc impossible son administration en cachets.

Dans le dernier groupe, rentrent les iodures alcalins et alcalino-ferreux et les aristols.

Les iodures de potassium et de calcium s'altèrent à l'air, le premier assez lentement, le second très rapidement et mettent de l'iode en liberté qui, au contact de l'amidon renfermé dans la trame du cachet de pain azyme, colore plus ou moins son enveloppe. L'iodure de sodium partage également cette propriété ; de plus, comme le bromure de sodium, il est très déliquescent.

Les aristols, dérivés iodes des phénols, doivent une bonne partie de leurs propriétés à leur faible stabilité, à la facilité avec laquelle ils peuvent mettre en liberté l'iode qui entre dans leur molécule.

Mis en cachets, ils se décomposent assez rapidement grâce au contact de l'air et colorent également leur enveloppe.

En résumé, les substances que je viens d'énumérer ne doivent pas être prescrites en cachets. Je n'ai pas à insister sur les nombreuses formes pharmaceutiques qu'elles peuvent revêtir. Les aristols pourraient être administrés en capsules gélatineuses. Pour la pipérazine, on pourrait, à mon avis, formuler la potion de Rivière modifiée dont j'ai donné plus haut la formule, en ayant soin de mélanger les deux solutions dans un demi-verre d'eau, avant leur emploi.

## Formulaire du Praticien

**Bronchectasie infantile.** — M. le Dr Molle d'Aubenas (*Loire méd.*, mai 1897), ayant eu l'occasion d'observer deux cas de bronchectasie chez l'enfant, eut une amélioration rapide équivalente à une guérison par le traitement balsamique intensif suivant :

On formule le mélange :

| | |
|---|---|
| Eucalyptol | 5 grammes |
| Créosote | 12,50 centigr. |
| Teinture de benjoin | 25 grammes |
| Copahu | 40 — |
| Huile d'amandes douces | Q. s. pour 100 gr. |

On obtient un liquide clair et homogène, d'un maniement très facile. Les proportions sont calculées pour que, dans 1 cent. cube, il y ait approximativement :

| | | |
|---|---|---|
| Eucalyptol | 0,05 | centigrammes |
| Créosote | 0,10 | — |
| Teinture de benjoin | 0,20 | — |
| Copahu | 0,40 | — |

On commence par administrer dans un petit lavement de lait trente gouttes qui représentent environ un centimètre cube du mélange, et qui équivalent à un peu moins d'une demi-cuillère à café ; on augmente peu à peu la dose jusqu'à ce que le malade puisse supporter de une à deux cuillères à café. Le patient éprouve une sensation de cuisson assez forte et à laquelle l'accoutumance est facile au bout de quelques jours. La guérison a été obtenue par M. Molle après onze mois de traitement. Le pronostic sombre que l'on porte d'ordinaire sur les bronchectasies infantiles a déterminé M. Molle à publier ses heureux résultats.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Guérison d'un cas de tétanos par les injections de sérum antitétanique sans ablation du membre blessé.** *Note lue à l'Académie de médecine, le 13 juillet, par le Dr Wehlin, médecin de l'hôpital de Clamart.* — Depuis quelques mois, on a publié un certain nombre de cas de guérison de tétanos par les injections de sérum antitétanique avec ablation du foyer de l'infection. M. le professeur Berger a recommandé d'associer les deux procédés, injections et amputation ; cette manière d'agir lui a déjà donné de fort beaux résultats.

Un heureux hasard, le refus du malade de se laisser amputer, m'a permis d'observer la guérison d'un cas de tétanos grave, sans recourir à ce moyen suprême.

Le 4 mai 1897, un ouvrier carrier, âgé de 41 ans, entre à l'hôpital de Clamart pour faire soigner une plaie de la main gauche qu'il s'est faite la veille.

Pendant qu'il aidait à charger des pierres sur une voiture, sa main a été comprimée entre l'une d'elles et une roue malpropre, couverte de saletés et de fumier. Toute la peau de la face dorsale de la main a été enlevée et dénudée sur une surface de six centimètres de diamètre. Un médecin, appelé au moment de l'accident, a tenté de rapprocher les lèvres de la plaie, de les recoudre, en faisant sur place une antisepsie un peu primitive.

Cet homme, vigoureux et robuste, n'a jamais été malade ; il n'a ni antécédents personnels, ni antécédents héréditaires, les blessures qu'il a reçues dans sa pénible profession ont toujours bien guéri.

A l'hôpital, sa main est soigneusement lavée, nettoyée et aseptisée. Chaque jour il prend un bain local phéniqué pendant une demi-heure. La plaie semble se refermer, mais les points de suture n'ont pas tenu, et il a fallu petit à petit les enlever l'un après l'autre.

Le 21 mai, c'est-à-dire dix-huit jours après l'accident, à mon arrivée à l'hôpital, la sœur du service m'annonce qu'il a le tétanos. Depuis la veille il ne peut plus avaler : il s'était plaint de souffrir de la gorge dans la matinée ; à midi et le soir avait refusé de manger et, pendant la nuit, avait été pris d'horribles douleurs dans la nuque et les membres inférieurs.

Je m'approche de son lit ; il répond difficilement aux questions. Déjà il ne peut plus desserrer les mâchoires. Légèrement couché sur le côté gauche pour éviter la lumière, il lui est impossible de se mettre sur le dos, et ses muscles entrent en contraction dès qu'on veut le toucher, même pour examiner le pouls.

Le pouls bat 140 fois à la minute ; il est irrégulier mais assez fort ; les battements du cœur sont précipités et tumultueux ; le blessé supporte mal le poids de ma tête sur sa poitrine pendant l'auscultation.

Sa respiration est pénible et irrégulière : quarante inspirations par minute, avec un temps d'arrêt après chaque troisième ou quatrième inspiration. Son visage reflète une anxiété extrême ; il fait d'affreuses grimaces et présente du trismus de la face.

Il ne faut pas songer à prendre sa température, il briserait le thermomètre, la peau est chaude et sèche. Le malheureux supplie qu'on le laisse tranquille ; il est également impossible de recueillir de ses urines.

Le premier accident, la dysphagie a éclaté depuis une vingtaine d'heures à peine, et déjà le malade présente tous les symptômes d'un tétanos d'une grande gravité.

La marche rapide de l'infection fait porter un pronostic très sérieux. J'envoie à l'Institut Pasteur demander du sérum antitétanique, et je reviens à l'hôpital à deux heures et demie de l'après-midi pour lui inoculer trente centimètres cubes de sérum dans le flanc droit. Le seul fait de saisir la peau pour faire pénétrer l'aiguille de la seringue de Roux détermine une crise violente d'opisthotonos. Ces crises se succèdent toutes les dix minutes, et même plus souvent parfois.

Dans la soirée je prie mon collègue, le docteur Lorion, de m'assister le lendemain matin pour pratiquer l'amputation de la main. Le 22 mai, le malade a passé la nuit à pousser des cris ; il souffre de douleurs dans le ventre et la région lombaire, il a de l'incontinence des urines et des matières fécales. Tous les muscles sont atteints ; les membres supérieurs eux-mêmes : les bras sont ramenés sur la poitrine, les mains fermées, les doigts serrés.

Les accès continuent à éclater avec une facilité extraordinaire, les spasmes sont encore plus violents qu'hier, s'il est possible.

Je lui propose de faire l'ablation du foyer traumatique, en amputant le tiers inférieur de l'avant-bras. Il refuse énergiquement, il peut à peine parler, mais il a conservé l'intégrité absolue de son intelligence, son regard reste vif et pénétrant, il essaie de remuer la tête et fait signe qu'il préfère la mort.

On injecte encore vingt centimètres cubes de sérum, on lui fait prendre un lavement avec quatre grammes de chloral, et des injections sous-cutanées de un centigramme de morphine à volonté.

J'avoue que je suis fort étonné le lendemain matin de le trouver encore vivant. J'étais persuadé, en le quittant, qu'il succomberait peu après mon départ. Il a eu quelques minutes de repos dans la nuit ; malgré cela le moindre bruit, le plus petit mouvement auprès de son lit détermine de violentes attaques convulsives, pendant lesquelles la tête et les talons touchent seuls le drap du lit. Il ne peut toujours absolument rien avaler.

Même état le 24, il ne va pas mieux, mais il n'y a pas d'aggravation. Le sérum serait-il assez actif pour guérir

Digitized by Google

le tétanos ? J'envois chercher de nouveaux flacons à l'Institut Pasteur ; le 25, j'inocule trente centimètres cubes, et le 26 encore quarante centimètres cubes de sérum.

Le 27, le malade peut légèrement desserrer les dents et demande à manger ; on parvient péniblement à lui faire prendre quelques gorgées de lait. Les douleurs sont moins vives dans la journée, mais, toutes les nuits, elles redeviennent aussi atroces qu'au commencement. Durant cinq ou six nuits de suite, le malade ne cesse de crier malgré les lavements de chloral et quatre ou cinq centigrammes de morphine en injections hypodermiques. L'incontinence des matières fécales et des urines persiste également.

On commence à espérer la guérison. Pour confirmer le diagnostic clinique, je prie M. Huchard de venir le voir et j'essaie de recueillir sur la plaie quelques gouttes de pus pour faire rechercher le bacille de Nicolaïer et établir le diagnostic bactériologique.

Quoique le blessé se trouve déjà mieux, M. Huchard constate encore tous les signes du tétanos et ne met pas en doute un seul instant le diagnostic ; il me fait remarquer qu'il a de la tachycardie. Devant lui le malade peut saisir, pour la première fois, le bâton qui se balance au-dessus de son lit et se soulever légèrement. Il est facile alors de passer la main le long de sa colonne vertébrale depuis la nuque jusqu'aux talons et d'observer qu'il est comme une planche, raide partout.

L'examen bactériologique est négatif, mais il ne faut pas oublier que la plaie a près de trente jours, qu'elle a toujours été soigneusement pansée, et que le tétanos est dû beaucoup plus aux toxines qu'aux bacilles eux-mêmes (1).

Le 29, le blessé a un peu moins de diarrhée, il commence à demander le bassin.

Le 31, l'incontinence des matières fécales et des urines a disparu, il ne souffre plus des jambes ni du ventre.

Le 1er juin, il avale deux œufs, il n'y a presque plus de contracture de la nuque, mais il lui est impossible de s'asseoir.

Journellement, à partir du 2 juin, l'amélioration fait des progrès ; le malade mange bien, quoiqu'il y ait encore un peu de contracture des mâchoires, dort presque toute la nuit, peut commencer à se mettre sur son séant.

Le 10 juin il se lève pour la première fois ; il lui reste une profonde lassitude dans les membres ; les muscles de la mâchoire cèdent les derniers à la contracture vers le 20 juin.

Le convalescent a conscience de tout ce qui s'est passé autour de lui, exprime en termes énergiques qu'il se sentait perdu, mais que malgré cela il préférait mourir que de vivre avec un membre de moins.

*Réflexions.* — L'instruction qui accompagne les flacons de sérum antitétanique contient un paragraphe ainsi conçu :

« Jusqu'à présent le sérum antitétanique a été impuissant contre le tétanos à marche rapide, mais il est utile dans les cas à marche lente, et dont le début a été tardif après le traumatisme. Pour ces derniers, l'inspection du sérum combiné avec l'ablation du foyer où végète le bacille spécifique et d'où part l'empoisonnement, facilite la guérison. »

Le sérum antitétanique de l'Institut Pasteur semble tenir plus qu'il ne promet. Si nous nous reportons au travail si documenté sur le tétanos que M. Vaillard a récemment publié dans le *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, nous voyons que la plupart des symptômes, dont était atteint notre malade, sont signalés comme étant des plus sérieux :

« L'accélération permanente du pouls, dit-il, est presque toujours un indice de gravité, il est encore plus justifié lorsqu'il s'élève à 120, 130, 140. Les irrégularités sont un indice de haute gravité. »

« Les altérations du rythme respiratoire comportent une signification fâcheuse. Le pronostic est fatal lorsque le chiffre des respirations atteint 40 par minute. »

« Lorsque les membres supérieurs sont atteints, c'est toujours d'une manière tardive, sauf pour les formes graves. »

« La facilité avec laquelle les accès se produisent, la fréquence de leur retour sont les indices servant à mesurer la gravité du mal. »

En comparant ce tableau aux accidents dont a été atteint notre malade, je crois qu'il n'est pas possible de discuter la gravité extrême de ce tétanos, qui présentait un seul symptôme favorable : son apparition tardive ; mais dont tous les autres signes cliniques, y compris l'incontinence des urines et des matières fécales, dont ne parle pas M. Vaillard, devaient faire pronostiquer la mort à bref délai.

Il n'existe aucune raison pour faire admettre qu'un tétanos tardif doive être bénin par lui-même. Il peut tout aussi bien être sérieux et grave que lorsqu'il éclate peu de temps après la blessure, de plus rien n'indique le jour qui sépare la période dangereuse de celle qui cesserait de l'être.

La rapidité de la marche de l'infection, l'irrégularité du cœur, du pouls et de la respiration, l'incontinence des urines et des matières fécales, la contracture de tous les muscles sans exception montrent bien un tétanos aigu et de forme particulièrement sérieuse.

Si la guérison a été obtenue, on ne peut certes penser qu'elle a été due au chloral ou à la morphine, parce que non seulement ces médicaments n'ont procuré au malade aucun soulagement, mais parce qu'on n'ignore pas qu'ils ne sont autre chose que des palliatifs, qu'ils n'enrayent pas la maladie, et que le soulagement, quand il y en a, ne persiste que pendant l'action du médicament.

L'amélioration n'est survenue que deux ou trois jours

(1) M. le professeur Berger a fait rechercher le bacille de Nicolaïer chez tous ses opérés. Les préparations bactériologiques n'ont jamais donné de résultat. Il est très difficile à déceler.

Digitized by Google

après la première inoculation du sérum, et la guérison dix à douze jours plus tard, mais chaque injection a été suivie d'un peu d'amélioration.

Il résulte également de notre observation que le sérum antitétanique est d'une innocuité absolue. On a pu en injecter sans inconvénient cent vingt centimètres cubes dans l'espace de six jours, en quatre fois, sans aucun accident.

Le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la bienveillante attention de l'Académie n'est en quelque sorte qu'une observation d'attente, avec l'espoir que d'autres cas heureux pourront venir confirmer à l'avenir les bienfaits des injections antitétaniques.

## CHIRURGIE

**La médication thyroïdienne ; son action sur les troubles de nutrition osseuse ; son application aux retards de consolidation des fractures.** — Si les fonctions de la glande thyroïde sont encore mal connues aujourd'hui dans leur essence même, et si les hypothèses émises sur le rôle de cette glande dans l'économie sont encore excessivement variées, il est du moins une partie de son histoire physiologique qui paraît indéniable : c'est son action sur la nutrition en général. De nombreux faits pathologiques sont là pour le démontrer, tels que les accidents de cachexie strumiprive qui succèdent à la thyroïdectomie totale. Les travaux de notre excellent maître, M. Bourneville, n'ont pas peu contribué à élucider cette *question* et nous avons pu maintes fois, quand nous avions l'honneur d'être son interne à Bicêtre, contrôler *de visu* les rapports constant existants entre le crétinisme, le myxœdème, l'idiotie myxœdémateuse et l'absence congénitale, la petitesse ou l'arrêt de développement du corps thyroïde.

Une des fonctions les plus importantes de la glande thyroïdienne est son action trophique sur le système osseux. En effet, dans le crétinisme, endémique ou sporadique, il y a toujours, en même temps qu'une absence ou une petitesse de la glande, des arrêts de développement du squelette qui est déformé et diminué dans sa longueur ; — ce qui sépare l'idiotie myxœdémateuse des autres formes d'idiotie est la persistance des fontanelles et surtout de l'antérieure; — Kassowitz, Thibierge ont cité des cas d'infantilisme et de nanisme purs pouvant être rattachés à un abaissement de la fonction thyroïdienne; et Revilliod a signalé chez quelques *basedowiens* un certain degré d'ostéomolacie et de fragilité des os.

D'autre part, des expériences physiologiques, celles de Trachewski, de Hofmeister, de von Eiselsberg, etc., ont confirmé ces données de la clinique, en montrant que des ablations de la glande thyroïde chez les animaux, à différents âges de leur vie, étaient toujours suivies de phénomènes de rachitisme, de ralentissement dans l'accroissement du squelette, d'arrêts d'ossification des cartilages de conjugaison.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que certains auteurs aient tenté d'appliquer aux troubles de nutrition osseuse la médication thyroïdienne, dont l'action s'est généralement fait sentir d'une façon favorable. M. Bourneville a traité par l'ingestion de corps thyroïde de mouton des enfants atteints d'idiotie myxœdémateuse ; la taille a, dans ces conditions, augmenté presque du double de la croissance normale et les diamètres céphaliques se sont accrus.

Hertoghe a pu, sous l'influence de la thyroïdothérapie, faire augmenter la taille d'un jeune homme de 27 ans de 33 millimètres en l'espace de 2 mois ; enfin des clichés radiographiques de Schmidt, d'autres, plus récents, de Springer et Serbanesco, ont montré d'une façon très nette, chez des myxœdémateux, une ossification des cartilages de conjugaison, et une disparition de la ligne intérépiphysaire, sous l'influence du traitement thyroïdien.

A l'abri de ces résultats acquis et probants, un des travailleurs les plus distingués de la province, M. Gauthier (de Charolles) a tenté d'appliquer la médication thyroïdienne aux cas assez fréquents de retard dans la consolidation des fractures (*Lyon méd.* 1897), et a été assez heureux pour pouvoir, dans deux cas de sa pratique personnelle, obtenir de bons résultats. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans, qui se fit une fracture de la jambe gauche, au tiers inférieur avec chevauchement des fragments ; cent dix jours après l'accident, il n'y avait pas la moindre consolidation, bien qu'on eût appliqué un appareil plâtré, donné du phosphate de chaux à l'intérieur, pratiqué le frottement des fragments, et placé deux vésicatoires au niveau de la fracture. On se décida alors à administrer du suc thyroïdien glycériné, de façon qu'une cuillerée à café correspondît à un gramme de substance thyroïde. La malade prit de six à dix cuillerées par jour ; il y eut les premiers jours de la céphalée, des rougeurs de la face, des vertiges, des étouffements ; mais, exactement au bout de quinze jours, la fracture était entièrement consolidée ; la malade avait absorbé environ 120 grammes de substance thyroïde. Le second cas se rapporte à une fracture du tiers supérieur du radius non consolidée au bout de trois mois, et qui, sous l'influence de 800 grammes d'extrait thyroïdien, c'est-à-dire environ 160 grammes de substance thyroïde, fut guérie en l'espace de vingt jours.

On ne peut évidemment tirer de ces deux faits des conclusions absolues, ainsi d'ailleurs que le reconnaît M. Gauthier (de Charolles) ; mais il y a là mieux que deux tentatives heureuses, et une indication thérapeutique s'en dégage, qui mérite d'être poursuivie ; il y a tout lieu de croire que la médication thyroïdienne sera ici sans danger, puisqu'on n'aura pas besoin de la continuer longtemps, comme dans le myxœdème.

Et maintenant, sous quelle forme ordonnera-t on la médication thyroïdienne ? On aura toujours recours à une substance *fraîche*, que le médecin, autant que possible, aura soin d'aller recueillir lui-même, s'assurant ainsi qu'il a affaire véritablement à un corps thyroïde et non pas au

Digitized by Google

thymus. On recherchera de préférence la glande d'un mouton jeune, cet animal étant rarement atteint de tuberculose ; on rencontre chez lui deux corps thyroïdes placés de chaque côté de la trachée, et que deux incisions dégageront, lorsque la région cervicale est encore intacte. On les débarrasse de leur tissu d'enveloppe, des ganglions voisins, et il suffit de les laisser tremper quelque temps dans l'eau salée ou vinaigrée et de les presser entre les doigts pour enlever le tissu cellulaire. On peut les conserver longtemps dans l'eau salée.

On administrera le corps thyroïde 1° en nature, quand la provision peut être renouvelée souvent et facilement ; un cachet ordinaire en peut contenir 3 grammes.

2° En extrait, dont M. Gauthier donne la préparation suivante : « Les lobes sont successivement pesés, découpés finement avec un couperet aseptique, bien broyés dans un mortier de porcelaine, puis mélangés à une quantité de glycérine équivalant à quatre fois le poids des lobes. Après un repos de trois ou quatre jours pendant lesquels on continue à triturer plusieurs fois le mélange, on filtre le liquide. On a alors un suc dosé à un pour cinq (une cuillerée à café équivalant à un gramme de substance) transparent, à peine teinté en rose, visqueux, d'un goût nullement désagréable et susceptible de se conserver très longtemps dans un endroit frais. » Il y a, dans cette application de la médication thyroïdienne à la formation du cal dans les fractures, des ressources peut-être considérables pour la chirurgie, et les tentatives de ce genre méritent d'autant plus d'être encouragées qu'elles nous paraissent sans aucun danger pour les malades. — L. Fuerstheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 20 juillet 1897*

**Ostéoporose progressive.** — M. Debove. L'ostéoporose n'est pas une affection sénile ; c'est une affection surtout fréquente chez la femme, survenant, le plus souvent, avant la ménopose, évoluant par crises successives. On l'a souvent confondue avec l'ostéomalacie à cause des déformations qui sont communes aux deux affections. Dans l'ostéoporose, il se produit un travail de raréfaction assez accentué pour déterminer des affaissements des os.

M. Delore. On a rencontré des thromboses dans le chorion placentaire de femmes qui n'avaient jamais été malades. En effet, dans presque tous les cas, le placenta renferme des thromboses et des microbes en quantité variable. M. Delore cite, pour exemple, l'observation suivante : Une femme de 22 ans accouche en 3 heures. L'accouchement est normal ; on tire des ensemencements de ce placenta et sur 8 cultures on a 7 résultats positifs. On trouve des microcoques, des diplocoques, des streptocoques. Un seul fait dans l'observation permet d'expliquer la présence de ces microbes ; vers le septième mois, la malade avait eu des malaises. Mais c'est là un fait sans grande valeur.

Le siège des microbes n'est point dans le sang, mais entre la thrombose et le chorion. Les microbes sont réunis dans le placenta sous forme de zoogliés. On peut donc conclure de tout cela qu'il existe dans le sang des microbes vivants et virulents. Les thromboses blanches que l'on rencontre assez souvent sont probablement des barrières destinées à empêcher les microbes normalement contenus dans le sang de la mère de passer dans la circulation du fœtus.

M. Charpentier. M. Delore semble dire que la thrombose est habituelle et qu'elle représente la barrière opposée par la nature à l'infection. Mais Léopold avait déja montré la fréquence de ces thromboses et s'en était servi pour expliquer l'accouchement.

M. Nocard fait une communication sur l'effet du sérum antitétanique chez le cheval atteint de tétanos. D'une manière générale, cet effet est très peu marqué. Il y a quelque temps, Behring et Knor avaient présenté un sérum toujours curatif. La vérification de cette assertion n'a pu être faite à l'école vétérinaire. Les expériences n'ont pas été faites avec l'antitoxine de Hœuchst, mais avec le sérum de l'Institut Pasteur, qui du reste est plus actif. Elles ont porté sur 33 chevaux. Ces expériences ont montré que le sérum antitétanique injecté dans les veines 24 heures avant l'apparition des symptômes est impuissant à enrayer les accidents. En agissant 48 heures avant on a beaucoup de chance de réussite. A titre préventif, le sérum a des effets considérables.

En résumé, le traitement curatif est encore à trouver ; mais ce n'est pas dire qu'il faille rejeter l'emploi du sérum car, employé très tôt, il peut donner des résultats positifs.

**Etude sur l'urine normale de l'enfant.** — MM. Carron de la Carrière et Monfet. Les auteurs ont cherché à établir la composition de l'urine normale de l'enfant. Leurs recherches ont porté sur une moyenne de 54 analyses ; en recueillant les urines de 24 heures et rapportant les résultats au kilo corporel, ils ont eu spécialement en vue l'établissement des rapports urologiques des éléments entre eux, la détermination de l'urine normale de l'enfance devant servir de point de repère lorsqu'on étudiera l'urine de l'enfant malade. Il résulte de ce travail qu'il y a chez l'enfant, par rapport à l'adulte, une augmentation notable dans le volume de l'émission et dans le taux de tous les éléments normaux.

La cellule infantile est incomparablement plus active que celle de l'adulte ; les matériaux sont aussi mieux travaillés. Les rapports urologiques sont plus élevés que chez l'adulte, exception faite du rapport de l'acide urique à l'urée. Ils en concluent que chez l'enfant les phénomènes vitaux sont plus actifs que chez l'adulte. L'élimination de l'azote est non seulement plus considérable, mais encore son utilisation est plus parfaite. La cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de

Digitized by Google

l'adulte. Les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 16 juillet 1897*

**Sur la diphtérie.** — M. Sevestre. L'intéressante communication de M. Lemoine (1) sur la diphtérie soulève un certain nombre de questions auxquelles, pour ma part, je répondrai de la façon suivante.

Dans ses recherches sur la virulence du bacille de Lœffler, M. Lemoine ne semble pas avoir suffisamment insisté sur le rôle joué par les microbes associés à ce bacille. J'ai montré dans des communications antérieures que l'association du bacille de Lœffler et du streptocoque était fréquente et aggravait le pronostic. Mais il est important de s'entendre sur la strepto-diphtérie ; celle-ci ne doit être admise que, lorsqu'après ensemencement de la fausse membrane sur sérum, il se développe au bout de vingt-quatre heures à l'étuve, une quantité notable de colonies de streptocoques, coïncidant avec les colonies du bacille de Lœffler. De plus, en cas de strepto-diphtérie, l'examen direct de la fausse membrane montre la présence de nombreux streptocoques mêlés au bacille de Lœffler.

En ce qui concerne le bacille court, j'ai observé des faits tellement contradictoires que je n'ose me prononcer encore d'une façon positive ; mais, jusqu'à nouvel ordre, je conserve mon opinion ancienne, qui peut se résumer de la façon suivante. Je pense que le bacille court n'est pas toujours en rapport avec la diphtérie vraie ou du moins qu'il en représente une forme atténuée.

Au cours de son travail, M. Lemoine a soulevé la question du diagnostic de la diphtérie et a cherché à établir un parallèle entre l'examen clinique et l'examen bactériologique, en accordant la préférence à l'examen clinique. J'avoue que je ne comprends pas bien cette distinction : la clinique, telle que nous la pratiquons aujourd'hui, utilise plusieurs modes d'examen, dont la bactériologie fait partie. Toutes ces méthodes d'examen concourent à établir le diagnostic ; aucune donc n'est indifférente ; la bactériologie, moins que toute autre, qui nous donne dans le cas particulier des renseignements précieux et indispensables.

**Rachitisme tardif.** — MM. Hutinel et Auscher présentent deux sœurs, âgées de dix-neuf et de quatorze ans et demi, chez lesquelles le rachitisme est apparu il y a deux ans, sans cause appréciable. L'affection est caractérisée chez elles deux par un genu valgum, le chapelet costal, le gonflement des épiphyses malléolaires et radio cubitales inférieures, par une impotence motrice progressive des membres inférieurs.

(1) Voir *Journal des Praticiens*, n° 27, 1897, p. 428.

**Tuberculose pulmonaire florida.** — M. Queyrat présente deux malades qui témoignent extérieurement par la surabondance de leur tissu adipeux d'une santé excellente, et qui sont cependant atteints de lésions tuberculeuses pulmonaires avancées, avec nombreux bacilles de Koch dans les crachats ; chez l'un d'eux, même, la virulence de ce bacille est assez considérable. Ces exemples montrent qu'il ne faut point se fier aux apparences et que la tuberculose pulmonaire peut exister avec un embonpoint manifeste. Ils apprennent, de plus, que l'adiposité, dans ces cas, tient à une résistance particulière de l'organisme et non point à la virulence moindre du bacille.

M. Debove. La coexistence de la tuberculose avec un développement considérable du tissu adipeux se retrouve également dans la médecine vétérinaire. On sait, en effet, que les animaux gras, couronnés aux concours, ont été parfois trouvés tuberculeux à l'autopsie.

M. Du Cazal. Non seulement la tuberculose pulmonaire peut coexister avec la conservation de l'état adipeux, mais elle peut encore être observée avec intégrité du système musculaire.

**Ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie droite.** — M. L. Henri Petit. Le malade avait eu, un an auparavant, une pleurésie droite qui avait paru guérir assez rapidement, mais qui avait dû déterminer des fausses membranes en assez grande quantité, car elles avaient attiré peu à peu le cœur à droite et en arrière. Le déplacement du cœur n'avait cependant pas causé de troubles appréciables dans la circulation, car le malade avait pu venir de Norvège à Menton sans accident.

Malheureusement, il était atteint, en même temps, de syphilis cérébrale, et cette affection produisit une attaque d'apoplexie qui se termina rapidement par la mort.

M. Béclère. D'après les classiques, les battements du cœur à droite du sternum indiqueraient une déviation à droite de l'axe de cet organe. Cette opinion ne repose sur aucune preuve anatomique. M. Bar (de Lyon) a montré que, dans ces cas, l'axe du cœur n'était nullement déplacé, mais que celui-ci était un peu plus couché sur le diaphragme, la pointe ne dépassant pas à droite la ligne médiane. Les battements que l'on perçoit sont ceux des oreillettes.

**Intoxication par le sublimé.** — M. Poix (du Mans) rapporte un cas d'empoisonnement aigu par le sublimé (10 centigrammes pris par mégarde dans un verre d'eau) : ptyalisme, vomissements, diarrhée sanguinolente, douleurs abdominales. Guérison en huit jours sous l'influence du régime lacté, des injections de sérum artificiel et de la spartéine. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 21 juillet 1897*

**De l'hystérectomie abdominale totale.** — M. Segond. Le procédé d'hystérectomie abdominale totale, préconisé par M. Richelot, nécessite une instrumentation spéciale et est quelque peu compliqué dans son exécution. De nombreuses méthodes opératoires permettent d'obtenir les mêmes résultats ; mais deux procédés, les résumant toutes, réalisent le maximum des avantages. L'un est celui de M. Doyen, de Reims, utilisable pour l'ablation des gros

Digitized by Google

fibromes de l'utérus. L'autre, imaginé en 1895 par Howard Kelly, de Baltimore, résume tous les progrès accomplis à ce sujet en Amérique, et est adopté par la majorité des chirurgiens de ce pays. L'opérateur, après avoir pratiqué la laparotomie, se place à gauche de la malade placée sur un plan incliné, puis enlève l'utérus et les annexes de droite à gauche après avoir lié l'artère utéro-ovarienne et sectionne les ligaments larges.

Le choix de ces deux procédés n'est pas indifférent. Lorsqu'il s'agit d'enlever par la voie abdominale un utérus fibromateux dépassant l'ombilic, si d'emblée la masse fibromateuse permet de voir le cul-de-sac vaginal postérieur, on choisira le procédé de Doyen qui permet de basculer le fibrome rapidement en avant.

Si le cul-de-sac postérieur est bombé par la masse fibromateuse, on emploiera le procédé américain, plus général dans ses applications. Celui-ci convient également mieux aux hystérectomies pour suppurations pelviennes.

M. Schwartz. Je crois qu'il n'est plus possible aujourd'hui de contester que, dans tous es lcas de grosses tumeurs de l'utérus ne pouvant être morcelées et enlevées par la voie vaginale, l'hystérectomie abdominale totale ne soit la méthode de choix. Malgré l'asepsie et l'antisepsie, les méthodes d'hystérectomie avec pédicule extra ou intrapéritonéal restent loin derrière l'hystérectomie totale, c'est-à-dire avec suppression complète de tout pédicule utérin.

Les procédés d'hystérectomie totale sont nombreux; il est certain que le dernier procédé de Doyen, celui que nous a si élégamment décrit notre collègue Richelot, parait devoir réunir tous les suffrages.

Pour mon compte, j'ai pratiqué jusqu'à l'année dernière l'hystérectomie abdominale totale en enlevant d'abord la masse fibreuse par l'abdomen et en extirpant secondairement le pédicule cautérisé au thermocautère et rendu exsangue soit par un lien de caoutchouc, soit par deux ligatures à la soie. J'ai exposé cette manière de faire lors de notre dernière discussion sur l'hystérectomie abdominale totale. 11 cas opérés de la sorte m'ont donné une seule mort et encore la femme portait-elle un carcinome du pancréas qui avait passé inaperçu.

J'ai opéré trois dernières hystérectomies, dont deux depuis un mois, en enlevant d'un bloc tout l'utérus avec la tumeur qu'il supporte, et cela par le procédé américain que notre collègue Segond a si bien décrit dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche. Il m'a toujours été facile, après avoir sectionné les ligaments larges au-dessous des ailerons subovariens, de désinsérer le vagin de l'utérus, et de fermer soit préventivement, soit après les avoir coupées, les deux grosses artères utérines. Les trois cas ont guéri sans encombre.

Quel qu'ait été le procédé d'exérèse employé, je suis toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin qui nous donne tous les avantages de l'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement de la sérosité sécrétée par le péritoine, des suintements sanguins plus ou moins abondants qui suivent souvent ces grandes opérations, malgré l'hémostase immédiate la plus soignée.

Je laisse donc systématiquement le vagin ouvert, mais j'ai soin de faire la suture à points coupés de la tranche des ligaments larges, puis de suturer les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur à la lèvre antérieure du vagin, puis à la lèvre postérieure; j'entoure de cette façon de chaque côté les ligatures placées sur les utérines; jamais je n'ai vu se produire des abcès consécutifs, d'élimination de fils, quoique je n'aie jamais employé que de la soie.

En résumé, partisan déclaré de l'hystérectomie totale, à moins d'indications exceptionnelles, je reste aussi attaché à l'ouverture large du canal vaginal qui me paraît une soupape de sûreté qu'on aurait tort de fermer, laissant de côté la question de la durée un peu plus longue de l'opération. Les 13 succès sur 14 cas que j'ai obtenus ne sont pas faits pour me détourner de ma manière de faire.

J'ai pratiqué deux hystérectomies abdominales pour des utérus que je n'avais pu secondairement, à une astration, enlever par le vagin (étroitesse du canal, adhérences intimes à la vessie, friabilité).

La première date de 4 ans déjà, je l'ai présentée au Congrès de Lyon en 1894. La seconde, je l'ai pratiquée il y a 3 semaines.

Il s'agissait d'un gros utérus atteint de métrite parenchymateuse. L'opération fut conduite comme pour les corps fibreux et tout se passa sans encombre si ce n'est une hémorragie assez vive arrêtée par une petite compression, le vaisseau n'ayant plus été trouvé. Mais 3 heures après la fermeture de l'abdomen, il se déclara une hémorragie qui nécessita la réouverture et un solide tamponnement à la mikuliez, par notre interne Hepp. Celui-ci a été enlevé dès le troisième jour et le malade est naturellement guéri.

L'utérus portait au niveau de sa corne droite un abcès interstitiel (non tubaire), gros comme une noisette et qui était certes le point de départ de douleurs insupportables qu'accusait la malade avant l'opération.

Je n'insisterai pas plus longuement sur la seconde partie de la communication de notre collègue Richelot.

M. Pozzi. Le procédé américain dont parle M. Segond est excellent, mais il n'est pas le seul pratiqué dans ce pays. Quelques-uns sont très audacieux. C'est ainsi qu'il a vu un chirurgien de Chicago enlever l'utérus sans appliquer aucune pince hémostatique, ni ligature. Cet opérateur rase l'utérus en le décortiquant et coupant à sa périphérie à l'aide d'une sorte de crochet coupant, sans se préoccuper de l'hémorragie. Celle-ci est faible, car les artères de cette région possèdent une tunique musculaire très épaisse qui en provoque immédiatement la rétraction.

**Présentations.** — M. Nimier présente un malade auquel il a suturé à l'avant-bras le nerf radial coupé — retour lent de la sensibilité.

Digitized by Google

M. Nélaton présente un homme auquel il a enlevé un ostéome éburné de l'orbite, pénétrant dans le crâne ; conservation de la vision, cicatrice petite. — H. M.

## ACTUALITÉ

**La Faculté de médecine et les étudiants étrangers**, par G.-M. Debove, professeur à la Faculté de médecine. — Dans la séance du jeudi 8 juillet, le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine a discuté les conclusions du rapport d'une commission « chargée d'examiner la proposition de M. Debove demandant l'admission des étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris ». La Commission concluait à l'admission. Un long débat qu'il ne nous appartient pas de rapporter s'est engagé et, les conclusions de la Commission ayant été admises par 13 voix et rejetées par 13 autres, il a été décidé qu'on discuterait de nouveau après les vacances, c'est-à-dire au mois de novembre.

Deux jours plus tard, le Conseil municipal émettait, à l'unanimité, le vœu que les étudiants étrangers fussent admis à la Faculté de Paris.

Dans ces circonstances, il nous paraît intéressant de résumer brièvement l'état actuel des choses afin de contribuer à éclairer l'opinion publique.

Il y a un an, nous aurions été embarrassé pour traiter la question des médecins étrangers. Beaucoup d'entre eux venaient chez nous, non pour s'instruire, mais pour acquérir le droit d'exercer la médecine et nous avons subi une véritable invasion d'étrangers comblés des faveurs administratives; on les exemptait du diplôme de bachelier en considérant comme équivalent des diplômes de valeur douteuse. Pendant leurs études, ils n'avaient pas à s'inquiéter du service militaire qui pèse si lourdement sur nos concitoyens.

La situation s'est améliorée, désormais les étrangers qui voudront exercer en France devront subir les mêmes épreuves que nos nationaux et notamment commencer par se faire recevoir bacheliers. Nous dirons que la situation s'est seulement améliorée parce que la non-obligation du service militaire constitue toujours pour les étrangers un avantage considérable.

Mais les réserves qu'on peut faire pour les étrangers venus ici pour exercer la médecine dans des conditions réellement trop faciles ne peuvent s'appliquer à ceux qui viennent pour s'instruire et qui veulent, une fois munis de nos diplômes, retourner dans leur pays d'origine. C'est pour eux qu'on a fort sagement créé le *diplôme universitaire*. Ces diplômés n'auront le droit d'exercer la médecine ni en France, ni dans les colonies françaises, ils ne pourront dans aucun cas, changer leur diplôme contre un autre. Ils seront docteurs en médecine de l'Université de Paris, de Lyon, de Bordeaux, etc...

Pour nous, qui connaissons la prospérité des Universités françaises, ces diplômes sont équivalents, ils ne le sont pas pour ceux qui les sollicitent, ils veulent le diplôme de Paris. Or, avec les règlements récemment édictés, la plupart d'entre eux ne pourront s'inscrire que dans les Universités de province. Ils se laisseront difficilement persuader et ils s'achemineront (il est plus exact de dire ils s'acheminent) vers les Universités de Berlin, de Vienne, de Londres, qui, plus libérales, les accueillent à bras ouverts et font patriotiquement une vaste publicité à nos règlements restrictifs.

Cette façon d'agir vis-à-vis des étudiants étrangers a été nécessitée, dit-on, par l'encombrement de la Faculté qui compte 5,000 étudiants. Le matériel des exercices pratiques (notamment les sujets nécessaires aux études anatomiques) est devenu insuffisant et l'on s'est cru obligé de réserver à nos nationaux seuls toutes les places disponibles dans les laboratoires et dans les amphithéâtres de dissection.

On a cependant continué à admettre dans notre Faculté les étrangers déjà docteurs de leur pays ou les étudiants qui avaient terminé leur scolarité soit dans leur pays, soit dans une Faculté française parce qu'ils n'ont plus à faire d'exercices pratiques. La question se borne donc à savoir si les candidats au diplôme universaire pourront dès le début de leurs études médicales solliciter le diplôme de Paris.

Il nous semble qu'il n'y a là nulle impossibilité. La Faculté de médecine est encombrée, mais elle n'a pas le monopole des laboratoires de chimie, physique, physiologie, etc. ; il n'y a d'objection que pour les travaux anatomiques ; mais ici l'obstacle n'est pas absolu. La Ville de Paris, toujours libérale, permet aux étrangers de devenir, par le concours, élèves des hôpitaux et leur ouvre alors les amphithéâtres de dissection de Clamart.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que notre administration a été pleine de bénignité pour les étrangers tant qu'ils ont pu faire à nos nationaux une concurrence... trop facile, et qu'elle s'est armée contre eux d'une sévérité extrême dès qu'ils ne pouvaient plus nuire à nos confrères (qui exercent déjà dans des circonstances si pénibles) et dès qu'ils ne pouvaient plus nous rapporter qu'honneur et profit.

Il nous semble qu'on a déjà porté un tort grave à notre Université et qu'il n'est que temps de le réparer. Le bruit s'est déjà trop répandu (et il a été largement propagé par les Universités rivales) que notre Université de Paris avait renoncé à ses traditions et avait cessé d'être hospitalière aux étrangers. On ne saurait cependant les trop bien accueillir. Après avoir vécu de notre vie pendant plusieurs années, ils retournent dans leur pays, ils y transportent notre langue, notre civilisation, continuent à entretenir avec nous des relations scientifiques et amicales et, se rappelant qu'ils ont passé en France une partie de leur jeunesse, ils aiment notre patrie, s'intéressent à sa prospérité et contribuent indirectement à sa grandeur.

***

Nous empruntons cet article si judicieux à la *Médecine moderne*, et nous le citons en entier parce que, réellement, on ne saurait mieux dire, ni tout dire d'une façon plus complète. Comment? Est-ce possible? Il y a des « règlements restrictifs » qui découragent les étrangers de venir étudier en France, et cela dans un moment où les nations rivales et ennemies nous font une guerre acharnée sur le terrain commercial, industriel et scientifique, et, à la Faculté de médecine de Paris, il y a eu 13 voix pour combattre l'admission des étudiants étrangers à notre grande école parisienne! Sans aucun doute, c'est là une erreur d'un moment, et, au nom du patriotisme, au nom de nos intérêts les plus chers, les professeurs qui ont voté contre la proposition si sage de M. Debove reconnaîtront qu'ils se sont trompés; ils ne voudront pas agir contre l'opinion publique, et nous avons confiance dans leur clairvoyance!

N'allons pas tarir une de nos richesses, la source de notre expansion scientifique; accordons une hospitalité large et généreuse aux étrangers qui *nous font l'honneur* de venir étudier chez nous et qui ont, comme on l'a dit, deux patries : la leur d'abord, la France ensuite. Prenons garde; ne faisons pas le jeu de nos adversaires et de nos ennemis. Il n'y a pas d'impossibilité matérielle quand il

Digitized by Google

s'agit de nos intérêts moraux, et l'on doit tout faire pour attirer et retenir les étudiants étrangers dans notre pays. Nous remercions M. Debove de l'avoir si bien compris et si bien dit.— H. H.

### Banquet de M. Rendu

Mardi soir, au restaurant Marguery, les élèves de notre éminent collaborateur M. le Dr Rendu se réunissaient en un banquet, à l'occasion de sa récente nomination à l'Académie de médecine. Cette fête, tout intime, était présidée par M. le professeur Potain. Plusieurs toasts ont été portés par MM. Potain, Merklen, Thibierge, Hallé.

## BIBLIOGRAPHIE

**Femmes en couches et nouveau-nés, recherches cliniques et expérimentales** (Doin, éditeur), tel est le titre d'un livre récent publié par M. Budin.

Cet ouvrage considérable réunit les travaux que l'auteur a donnés aux divers journaux et aux sociétés savantes depuis dix ans; il renferme en outre quelques mémoires nouveaux ; il ne contient pas moins de 58 chapitres, ayant tous un objet différent. Nous citerons particulièrement : *les rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique, l'asymétrie des fesses au point de vue obstétrical, les arthrites puerpérales de la symphyse sacro-iliaque, le diagnostic rétrospectif du placenta prævia, les hémorragies internes dues à la rupture du sinus circulaire, les latéracidences du cordon, l'insufflation des nouveau-nés, nécessité de pratiquer au préalable l'aspiration des mucosités, les recherches expérimentales à propos de l'ischio-pubiotomie, et à propos du mensurateur levier-préhenseur*, etc. ; enfin les nombreux chapitres sur *l'allaitement, l'alimentation des nourrissons, l'emploi du lait stérilisé*, questions si importantes auxquelles M. Budin s'est consacré depuis plusieurs années.

Ces études reflètent les qualités de leur auteur : c'est dire qu'elles sont précises, lumineusement exposées, minutieusement soignées à tous égards.

Le livre de M. Budin est plein d'enseignements pour le praticien et pour le spécialiste; il affirme une tendance logique, inévitablement réalisée dans un avenir plus ou moins proche, à savoir l'adjonction à l'obstétrique de la pathologie du nouveau-né. — Demelin.

**Le choléra en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours**, par Hauser (1 volume in-8°, 542 pages, Société d'Editions scientifiques).

Nous ne pouvons mieux faire, pour présenter ce livre à nos lecteurs, que de rappeler les paroles de M. Huchard à son sujet à la dernière séance de l'Académie de médecine : « J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. le Dr Hauser (de Madrid), un livre écrit en langue française sur *le choléra en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours, en rapport avec les doctrines courantes relatives à son étiologie et à sa prophylaxie.*

« L'auteur émet des idées qui ne sont pas partagées par tous les épidémiologistes, ce qui donne déjà à ce livre un réel intérêt. S'appuyant sur l'histoire des épidémies qui ont ravagé l'Europe, il affirme que « la prophylaxie, ayant pour but d'empêcher l'impor- « tation des germes, est une simple utopie », et il termine par ces conclusions .

« Le vrai but de la prophylaxie doit être de rendre stériles les « milieux de culture des germes, but qui ne saurait être atteint que:

« 1° Par l'assainissement du sol des grandes villes, centres de « commerce et d'industrie, et surtout celui des ports de mer qui « se trouvent en rapports fréquents avec l'Inde et la Perse, foyers « originaux du choléra ;

« 2° Par la suppression des quartiers insalubres et en pourvoyant « les classes ouvrières d'un air aussi pur que possible et d'une eau « potable exempte de matières organiques »

« Je n'ai pas à apprécier ces conclusions ; mais je puis affirmer qu'elles sont appuyées sur une connaissance approfondie des épidémies cholériques que ce livre, très consciencieusement fait, d'une lecture facile et attrayante, se recommande à l'attention des épidémiologistes et qu'il fait grand honneur à la science et au travail de M. Hauser. »

**Traité de chirurgie clinique et opératoire**, par A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. Albarran, Arrou, Binaud, Brodier, Cahier, Castex, Chipault, Faure, Gangolphe, Guinard, Jaboulay, Legueu, Lubet-Barbon, Lyot, Mauclaire, Morestin, Nimier, Pichevin, Picard, Rieffel, Rollet, Schwartz, Sebileau, Souligoux, Terson, Villar. 10 vol., in-8° de 800 pages chacun illustrés de figures. Prix de chaque volume : 12 fr, (J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

Le 5e volume comprend : 1° Les *maladies de l'œil*, traitées par M. A. Terson, chef de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu ; 2° Les *maladies des oreilles* (150 pages) et *du nez*, par M. Castex, chargé de cours à la Faculté; 3° M. le professeur Le Dentu s'est chargé des *tumeurs congénitales* et des *malformations du crâne et de la face* (100 pages); 4° Enfin M. Nimier, professeur au Val-de-Grâce, traite des *affections chirurgicales des mâchoires* (130 pages).

Le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans ce cinquième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

**Chirurgie des centres nerveux**, par le Dr Glantenay, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-16 de 300 pages, avec 30 figures, cartonné en toile souple. Prix : 5 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

Ce livre a pour but de mettre à la portée du praticien la solution de ces nouveaux problèmes cliniques ou opératoires, dont la connaissance s'impose parfois à lui avec urgence. La 1re partie est consacrée au *cerveau*, la 2e à la *moelle épinière*. Dans chacune d'elles, on trouvera d'abord un exposé de la technique des principales opérations, puis les indications du traitement chirurgical dans les lésions traumatiques ou spontanées des centres nerveux. Livre original, écrit d'une façon précise, quoique succincte, il mérite les faveurs du praticien, auquel nous ne saurions trop en recommander la lecture.

**Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë**, par A. Luyten (Société d'Editions scientifiques).

Dans cette brochure, l'auteur indique une nouvelle méthode de traitement qui, d'après lui, a produit les meilleurs résultats, et il donne la marche des expériences qui l'ont conduit à ce traitement.

**Formulaire de poche de thérapeutique clinique**, par le Dr André Pauly. — Un volume petit in-18, relié, de 332 pages, Doin, éditeur. Prix : 4 fr. (Octave Doin éditeur).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

## Des fièvres palustres larvées

Par A. LAVERAN
*Membre de l'Académie de Médecine*

Il arrive que le paludisme, au lieu de se manifester par ses formes cliniques ordinaires, prend le masque (*larva*) d'une autre maladie ; ces manifestations insidieuses ont reçu le nom de *fièvres larvées* (1).

Certains accès pernicieux comme les accès gastralgique, cholérique, mériteraient de figurer parmi les fièvres larvées, car dans ces cas le paludisme se présente sous l'aspect d'une autre maladie, mais il est d'usage de décrire ces formes graves sous le nom d'accès pernicieux et cet usage, critiquable au point de vue théorique, a sa raison d'être au point de vue pratique ; il importe en effet d'attirer l'attention du médecin sur les formes graves et anormales du paludisme qui nécessitent un traitement énergique, une intervention immédiate.

Les fièvres larvées ne sont pas communes, je dirais même, si je m'en tenais à ma pratique, qu'elles sont extrêmement rares. Pendant cinq années de séjour en Algérie, malgré tout le désir que j'avais de compléter ma collection d'observations en y joignant quelques exemples de fièvres larvées je n'ai pas pu en recueillir un seul cas.

Je me console du peu de succès que j'ai eu dans cette recherche en voyant que des observateurs tels que Maillot et Dutroulau n'ont pas été plus heureux que moi.

Maillot, dans son Traité des fièvres intermittentes, ne donne pas une seule observation de fièvre larvée, et il en est réduit à décrire les différentes localisations de ces prétendues fièvres d'après Bonnet (2).

On ne saurait considérer, dit Maillot, comme des fièvres anormales ou larvées celles des affections décrites sous ce titre qui ne s'accompagnent pas d'un mouvement fébrile. « Cependant, ajoute-t-il, on pourrait peut-être faire une exception pour ces névralgies périodiques qui s'accompagnent d'une réaction circonscrite dans la partie malade ; car elles sont en petit ce que les fièvres intermittentes sont en grand. » (*Op. cit.*, p. 46.)

Dutroulau critique l'expression de fièvre intermittente larvée, qui doit être abandonnée, suivant lui (3).

« La forme latente des pyrexies paludéennes, écrit E. Collin, n'est pas aussi commune qu'on le pense généralement ; du moins elle se montre fort rarement en Afrique. Le seul symptôme positif sous lequel ces fièvres aiment parfois à se masquer est la céphalalgie rémittente ou continue et, si j'en juge par ce que nous observons en ce pays, les auteurs me semblent avoir chargé outre mesure leur tableau des fièvres larvées. Faut-il en conclure que cette forme latente et capricieuse ne sait plus se produire là où règnent souverainement les types manifestes et fortement prononcés, ou bien ne serait-ce pas une raison de croire que bon nombre de fièvres larvées existent moins dans la nature que dans l'imagination des nosographes ? » (*Rec. mém. de méd. milit.*, 2e série, t. IV, p. 121).

Les fièvres larvées semblent plus communes dans les pays tempérés que dans les pays chauds ; elles ont été signalées comme fréquentes par les médecins du Caucase ; elles paraissent aussi plus communes chez l'enfant que chez l'adulte.

D'après Lozinsky, les formes larvées du paludisme s'observent surtout chez les sujets débilités par une maladie antérieure, tandis que les individus sains et robustes ont des formes franches.

La localisation se fait souvent sur les organes ou les tissus qui ont déjà souffert ; on trouve là une application de la théorie des *loci minoris resistentiæ*, ou, autrement dit, des *points faibles*

D'après Zakhariane le nombre des parasites est beaucoup moindre dans les fièvres larvées que dans les autres formes du paludisme et l'hypersplénie est peu prononcée.

A. *Névralgies.* — La névralgie intermittente est la forme, je ne dirai pas la plus commune, mais la moins rare des fièvres larvées.

Strack (1), Arloing (2), Nepple (3), Bonnet de Bordeaux (4), Duboué (5), Lagrelette (6), Béni-Barde (7), ont cité des faits de névralgie intermittente d'origine probablement palustre (8).

Tantôt la névralgie intermittente s'accompagne d'un mouvement fébrile, tantôt elle est apyrétique.

Les névralgies de la cinquième paire, surtout celles des

---

(1). Consulter à ce sujet outre les ouvrages généraux sur le paludisme : LITTRÉ, Art. LARVÉES (FIÈVRES) du *Diction. de méd. en 30 vol.* — A. TARTENSON, Traité clin. des fièvres larvées, 4e édit., Paris, 1887. — T. A. ZAKHARIANE. Contrib. à l'étude de la malaria larvée du Caucase, *Journ. de méd. milit. russe*, mars 1895. — A. LOZINSKI. Des formes larvées de la malaria, *Wratch*, 1896, n° 23.

(2) BONNET, Traité des fièvres intermit., Paris, 1895.

(3) DUTROULAU, Traité des malad. des Européens dans les pays chauds, voir notamment p. 212.

(1) STRACK. Obs. med. de febribus intermitt., 1785, p. 107 et suiv. cité par VERNEUIL ; Du paludisme considéré au point de vue chirurgical, Paris, 1883, p. 19.

(2) ARLOING. Fièvres larvées. *Journ. gén. de méd. de Sédillot*, 1816.

(3) NEPPLE. Essai sur les fièvres rémittentes et interm., Paris, 1828, p. 127.

(4) BONNET. Traité des fièvres interm., 1835.

(5) DUBOUÉ. De l'impaludisme, 1867, p. 180.

(6) LAGRELETTE. De la sciatique. Th. Paris, 1870, p. 252.

(7) BÉNI-BARDE. Traité d'hydrothérapie, 1874.

(8) Consulter outre les auteurs cités plus haut. MAROTTE, Névralgies périodiques. *Arch. gén. de méd.* 1852, t. XXX, p. 257 et 405. — HALLOPEAU, Art. NÉVRALGIES du *Diction. de méd. et de chir. pratiques*, 1877. — VERNEUIL. Du paludisme considéré au point de vue chirurgical, Paris, 1883. p. 19.

Digitized by Google

branches sus et sous-orbitaires, sont les plus fréquentes ; viennent ensuite celles du nerf occipital, des nerfs inter costaux et du sciatique.

La névralgie sus-orbitaire palustre s'accompagne d'une injection plus ou moins forte de la conjonctive, de photophobie, de larmoiement et c'est probablement à cette névralgie qu'il faut attribuer les cas d'ophtalmie intermittente signalés par quelques auteurs.

Les personnes chez lesquelles le paludisme se manifeste par une névralgie intermittente ont souvent des prédispositions qui expliquent cette localisation.

L'action adjuvante du froid, qui n'est pas douteuse, permet de comprendre pourquoi la névralgie palustre a été observée plus souvent dans les pays tempérés que dans les pays chauds.

Il ne suffit pas qu'une névralgie ait le caractère intermittent, ni même qu'elle disparaisse après l'administration de la quinine pour qu'on soit autorisé à dire qu'il s'agit d'une fièvre larvée.

Des névralgies, des névrites traumatiques même, peuvent donner lieu, en dehors de toute influence palustre, à des douleurs intermittentes qui cèdent à l'emploi de la quinine.

Le type des accès a une grande importance au point de vue du diagnostic étiologique. La névralgie vulgaire, lorsqu'elle est intermittente, donne lieu à des paroxysmes quotidiens ou irréguliers; les types tierce et quarte réguliers se rencontrent très rarement en dehors du paludisme.

Il sera important à l'avenir de compléter le diagnostic de névralgie palustre par l'examen histologique du sang et de constater la présence de l'hématozoaire du paludisme (1).

B. *Zona.* — M. le Dr Masson a observé, chez un malade atteint de paludisme et de sciatique, une éruption vésiculeuse sur le trajet du nerf sciatique ; dans un autre cas il a vu une névralgie palustre tierce de la moitié droite de la face avec éruption de petits boutons (3).

Moursou cite plusieurs faits semblables ; dans un cas de névralgie sciatique il existait, à la jambe, une éruption pemphigoïde avec suffusion hémorragique à la base des bulles qui avaient le volume d'un pois (4).

Girard a observé une névralgie intercostale palustre avec zona (5).

(1) Weir Mitchell. Des lésions des nerfs, trad. franç., 1874, p. 231

(2) Loeza de Mexico n'a pas réussi, dans plusieurs cas de névralgie intermittente, à constater la présence des hématozoaires du paludisme (2e Congrès de médecine pan-américain. Mexico, nov. 1896) Je n'ai pas encore eu pour ma part l'occasion d'examiner le sang pendant des accès de névralgie intermittente d'origine palustre ou réputés tels.

(3) A. Masson. Fièvre interm. dans la vallée de Chambéry, cité par Verneuil, *op. cit.*, p. 47.

(4) Moursou, *Arch. de méd. nav*, 1880, 3e série, t. XXXIII, p 435.

(5) Cité par Catrin. Le paludisme chronique, p. 66.

D'après J. Winfield, le zona serait souvent d'origine palustre (1).

C. *Urticaire et autres éruptions cutanées.* — L'urticaire, qui n'est pas rare chez les malades atteints de fièvre intermittente pourrait, d'après quelques observateurs, se montrer comme seule manifestation du paludisme et avec une forme intermittente bien caractérisée.

Wœlcker a cité le cas d'un soldat en garnison dans un pays palustre qui fut atteint d'une urticaire intermittente à type tierce, sans fièvre ; le sulfate de quinine donné après le troisième accès enraya le retour de la dermatose (2).

M. le Dr Brocq a observé, chez une femme qui habitait pendant plusieurs mois de l'année une contrée palustre, une éruption intermittente qui siégeait sur le nez et qui se reproduisait tous les matins. L'éruption était constituée par un groupe de papulo-vésicules géantes au nombre de 7 ou 8, qui se formaient sur une plaque érythémateuse et qui donnaient lieu à un suintement séreux abondant. La quinine amena rapidement la guérison (3).

D. *Hémorragies.* — Les hémorragies intermittentes sont signalées par la plupart des auteurs comme une des formes des fièvres larvées (4).

L'épistaxis intermittente d'origine palustre est décrite par Casimir Medicus (5), Lordat (6), Bottex de Lyon (7), Verneuil (8).

Honsz cite un cas d'épistaxis abondante, revenant d'une façon périodique, à l'heure des accès d'une fièvre intermittente récidivée (9).

On trouve dans la thèse de Dusault une observation d'épitaxis intermittente d'origine palustre.

Dans son Traité des maladies des reins, Rayer rapporte plusieurs cas d'hématuries intermittentes arrêtées par les préparations de quinquina.

Des faits semblables ont été signalés par Béringuier, W. Keesteven (10) et Day (11).

(1) J. Winfield. Rech. hématol. sur le zona. *New-York med. Journ.*, 1895.

(2) Wœlcker, *Viertel. f. Dermat.*, 1879, cité par H. Leroux, Art Urticaire du *Diction. encyclop. des sc. méd.*

(3) Brocq. Eruptions d'origine palustre. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1896, 1.

(4) Verneuil. *Op cit.* — Feuillade. Th. Paris, 1885. — Otis Mangon, Traité des hémorragies intermittentes, 1886 (en anglais). — Dusault. Rech. sur les hémorragies primitives d'origine palud Th. Montpellier, 1887.

(5) Casimir Medicus, Traité des malad. périodiques sans fièvre. Trad. franç., Paris, 1790.

(6) Lordat, Traité des hémorragies, Paris, 1808, p. 204, 208, 209, etc.

(7) Bottex, *Gaz. méd. de Paris*, 1831, p. 267.

(8) Verneuil, Du paludisme considéré au point de vue chirurgical, p. 14.

(9) Honsz, Paludisme en Algérie, Rapports avec quelques maladies, Th. Paris, 1883.

(10) Cités par Verneuil, *op. cit.*, p. 17.

(11) Day, De l'hématurie palustre, *Med. Herald*, 1886, 8, p. 557.

Digitized by Google

Malherbe a publié un cas d'entérorragie qui lui a paru être d'origine palustre (1).

Honsz cite un cas de fièvre intermittente qui se manifestait par des hématémèses, du mélœna et des vomissements bilieux; ces accidents disparurent rapidement sous l'influence de la quinine.

On a aussi signalé le purpura d'origine palustre (2), indépendant de la cachexie dans laquelle il n'est pas rare.

E. *Tic douloureux. Torticolis. Crampes.* — Littré place le tic douloureux de la face parmi les formes les plus communes des fièvres larvées ; Peysson et Nepple (3) citent chacun un cas de cette manifestation larvée du paludisme.

M. le Dr J. Simon a observé, chez un petit garçon venant de Bukarest, et sujet aux fièvres, un torticolis qui revenait tous les jours à 10 heures du matin et qui disparut rapidement sous l'influence de la quinine (4).

M. le Dr Faivre a publié l'observation d'un soldat qui, envoyé d'Algérie à Porquerolles pour anémie palustre, fut atteint, pendant la traversée, de crampes très douloureuses dans les mollets ; ces crampes précédées d'un petit mouvement fébrile et accompagnées de sueurs, duraient une demi-heure environ, elles cédèrent facilement à la quinine (5).

F. *Paralysies, convulsions,* etc. — M. le Dr L. Mercier a signalé un cas de fièvre intermittente larvée à forme paralytique (6).

Chez l'enfant le paludisme peut se manifester seulement par des convulsions ou par des bâillements incessants revenant tous les jours ou tous les deux jours (7).

G. *Insomnie.* — D'après M. le Dr Catrin l'insomnie est parfois une manifestation du paludisme ; elle disparaît alors sous l'influence de la quinine (8).

H. *Vertiges.* — M. le Dr Triantaphyllidès pense que le vertige simple ou compliqué d'accidents nerveux doit être inscrit parmi les formes larvées du paludisme.

La pression profonde exercée un peu à gauche de la région ombilicale déterminait chez les malades observés par Triantaphyllidès une douleur vive et la sensation de vertige ; les troubles nerveux qui accompagnaient le vertige étaient très variés (9).

L'anémie qui est constante et la dyspepsie qui est commune, chez les cachectiques palustres, expliquent la fréquence des vertiges sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'existence d'une fièvre larvée (1).

I. *Angine de poitrine, autres troubles cardiaques.* — Le Dr Koundrioutzkoff a publié l'observation d'un malade, ancien palustre, qui présentait les symptômes de l'angine de poitrine avec accès intermittents se montrant à heure fixe. Le sulfate de quinine eut rapidement raison de ces troubles (2).

Dans ce cas l'angine de poitrine ne paraissait dépendre, ni d'une aortite, ni d'une névrite du plexus cardiaque ; les accidents avaient une marche intermittente bien nette et ils cédèrent rapidement à l'emploi de la quinine.

Plusieurs observateurs ont admis en outre l'existence d'endartérites d'origine palustre pouvant donner lieu à l'angine de poitrine (E. Lancereaux, H. Huchard).

Le Dr Hoche a observé chez un ouvrier des accès de fièvre qui s'accompagnaient de vomissements et d'un ralentissement très marqué des battements du cœur qu'il attribue à une névralgie intermittente du pneumogastrique (3). Les accidents, qui avaient résisté à divers traitements, disparurent rapidement sous l'influence de la quinine.

K. *Asthme, bronchite.* — Quelques auteurs ont placé l'asthme et la bronchite au nombre des accidents larvés du paludisme (4).

D'après Triantaphyllidès la bronchite se développe souvent, au Caucase, sous l'influence du paludisme (5).

En raison des conditions climatériques et de la fréquence du paludisme au Caucase, on a souvent l'occasion d'observer la bronchite chez des palustres ; ce n'est pas un motif pour admettre une bronchite d'origine palustre.

A Tiflis on constate l'hypertrophie de la rate 69 fois sur 100 autopsies (6).

On comprend que, dans ces conditions, les médecins soient disposés à voir partout le paludisme, et qu'ils décrivent, comme fièvres larvées, des maladies étrangères en réalité au paludisme, mais qui lui sont souvent associées dans le pays où ils observent; tel me paraît être le cas pour les bronchites et pour la diarrhée.

L. *Accidents gastro-intestinaux, diarrhée, dyspepsie,*

(1) Malherbe, Fièvre paludéenne, hémorragie. *Journ. de méd. de l'Ouest*, 1875, p. 51.
(2) Tchouperine, Purpura malarique récidivant. *Méd. infantile* (russe), 1897, n° 2.
(3) Verneuil. *op. cit*, p. 36.
(4) J. Simon, *Journal des praticiens*, 1895, p. 356.
(5) Faivre, *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1895.
(6) L. Mercier, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1895, I p 39.
(7) A. Cables. Th. Paris, 1881.
(8) Catrin, Le paludisme chronique, p. 68.
(9) Triantaphyllides. *Gaz. des hôp.*, 1896.

(1) La maladie endémique dans certaines localités du nord du Japon qui est connue sous le nom de Kubisagari et qui est caractérisée par des vertiges et des paralysies se reproduisant sous forme d'accès intermittents, n'a rien de commun avec le paludisme; elle ne s'accompagne pas d'hypertrophie de la rate et on ne trouve pas, dans le sang des malades qui en sont atteints, le parasite du paludisme. Il s'agit probablement du vertige paralysant qui a été observé par Gerlier dans les environs de Genève. (Miura et Paul Lucas Championnière, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1897.)
(2) Koundrioutzkoff, *Journ. de méd. milit. russe*, janvier 1895. Anal, *in Médecine mod.*. 23 mars 1895.
(3) Hoche, *Allgem. med. centr. Zeitung*, 18 déc. 1895.
(4) J Simon, Moursou, *op. cit.*
(5) *Gazette hebdom. méd. de la Russie méridionale*, 1894-1895.
(6) Pantioukoff, *Rousskaïa medic.*, 1891, n° 12, 13, 14, et *Rev. de méd.*, 1896, p. 873.

Digitized by Google

etc. (1). — D'après M. le Dr J. Simon la diarrhée peut se produire dans le cours ou à la suite d'une fièvre intermittente, elle serait même parfois la seule manifestation du paludisme (2).

Pour soutenir cette opinion M. J. Simon s'appuie surtout sur les bons effets qu'il a obtenus de la médication quinique dans des diarrhées que ni le sous-nitrate de bismuth, ni les préparations opiacées ne parvenaient à guérir complètement (3).

Triantaphyllidès (4) et Zakhariane (5) mettent la diarrhée au nombre des formes les plus communes des fièvres larvées au Caucase.

Malgré ces témoignages dont je suis loin de méconnaître l'importance, l'existence d'une forme larvée du paludisme caractérisée uniquement par de la diarrhée ne me paraît pas démontrée.

D'après Triantaphyllidès la dyspepsie est parfois la seule manifestation du paludisme. Les troubles dyspeptiques d'origine palustre ne se distinguent par aucun caractère spécial, mais ils cèdent, dit Triantaphyllidès, à l'emploi de la quinine ; ils seraient sous la dépendance d'une névrose du plexus solaire.

Honsz a observé un malade chez lequel les accès de fièvre étaient remplacés par des vomissements bilieux intermittents, survenant à la même heure que les accès antérieurs (6).

MM. Manginas et Gravaris ont cité des cas de paludisme avec symptômes de péritonite : vomissements, douleurs abdominales très vives, météorisme (7) ; ces accidents se sont terminés par la guérison.

En somme la question des fièvres larvées n'est pas encore bien élucidée ; beaucoup d'observations sont anciennes, incomplètes, discutables au point de vue de la nature de la maladie. On comprend d'ailleurs qu'il soit souvent difficile de distinguer des manifestations palustres proprement dites, les maladies accidentelles qui se développent chez les malades atteints de paludisme et qui prennent parfois chez eux une fréquence exceptionnelle, parce qu'elles trouvent, chez des sujets anémiés, affaiblis, un terrain favorable. Il sera indispensable d'apporter des faits nouveaux recueillis avec soin et de tenir grand compte, à l'avenir, des résultats de l'examen histologique du sang pour le diagnostic des accidents larvés du paludisme.

(1) Garnier, Des manifestations gastriques et gastro-intestinales du paludisme, Th. Bordeaux, 1888-1889. — Triantaphyllidès, Quelques troubles gastro-intestinaux de nature palustre, *Gaz. hebdom. méd. de la Russie mérid.*, 1894, nos 24 et 25.

(2) J. Simon, Notes pour servir à l'histoire de quelques diarrhées spécifiques, *Arch. gén. de méd.*, 1870, t. I, p. 48 et 180. Voyez aussi : Moursou, *Arch. de méd. nav.*, 1880, p. 340.

(3) J. Simon, *Journal des praticiens*, 1895, p. 356.

(4) Triantaphyllides, *op. cit.*

(5) T. A. Zakhariane, Contrib. à l'étude de la malaria larvée au Caucase, *Journ. de méd. milit. russe*, mars 1895.

(6) Honsz, Th. Paris, 1889.

(7) Pampoukis, *op. cit.*, p. 76.

Je serais très heureux si la publication de ce court résumé de l'histoire des fièvres larvées palustres appelait de nouveau l'attention sur cette question,

# PHYSIOLOGIE CLINIQUE

## Sur le fonctionnement des valvules auriculo-ventriculaires (1)

Par M. le Dr Marc Sée
*de l'Académie de Médecine, chirurgien des hôpitaux*

Personne ne soutiendra, je pense, qu'au point de vue pathologique il est indifférent d'admettre telle ou telle théorie du mécanisme valvulaire et que l'interprétation des phénomènes sthétoscopiques du cœur peut être la même, quelle que soit l'idée qu'on se fait de la forme et de la position des valvules, au moment où ces phénomènes se produisent. « S'il est un viscère », dit Parrot, (art. Cœur du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 402), dont on soit « obligé de connaître la physionomie normale, avant « d'aborder l'étude de ses affections, c'est assurément le « cœur. De tous, en effet, c'est le plus expressif ; il est « parlant, si l'on peut ainsi dire, et comme son langage « morbide dérive immédiatement de celui de la santé, la « connaissance de ce dernier est une préparation indis- « pensable à celle de l'autre. »

C'est précisément parce que le langage de la santé, pour me servir de l'expression de Parrot, a été mal compris, qu'on a vu si souvent celui de la maladie demeurer incompréhensible, en d'autres termes qu'il a été si difficile de mettre d'accord les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées à l'autopsie.

Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer, dans les autopsies, des cœurs où la valve gauche de la mitrale est adhérente, partiellement ou en totalité, à la paroi cardiaque correspondante. Cette adhérence, suivant Bouillaud, serait même une des causes d'insuffisance les plus communes. (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1874, p. 371).

Voici comment s'expriment à cet égard Potain et Rendu : (*Dict. encycl.*, art. Cœur, p. 469). « La lésion (sclérose), « propagée, quand il s'agit des valvules auriculo-ventricu- « laires, aux cordages tendineux qui les retiennent, amène « aussi leur rétraction et, tantôt suivant une des lames val- « vulaires, l'*accole à la paroi des ventricules, l'immobilise* « *presque et en arrête au moins le jeu normal*, ou bien, les « maintenant l'une et l'autre tendues vers la pointe, empê- « che leur rapprochement *complet* et dans l'un et l'autre « cas, produit également l'insuffisance. »

Comme exemple typique de cette adhérence de la valve gauche de la mitrale, je reproduis ici l'observation suivante, dont je trouve un résumé dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1897, p. 189, et qui est consignée dans le *Bulletin de la Société d'Anatomie et de Physiologie* de Bordeaux (séance du 25 janvier 1897).

(1) Suite et fin. Voir Journal des Praticiens, n° 30.

Digitized by Google

Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui avait présenté des signes très nets d'insuffisance mitrale arrivée à la période de dilatation du cœur. A l'autopsie, on trouva « une valvule mitrale dont *la moitié externe était complètement adhérente à la paroi cardiaque et ne pouvait en être détachée.* »

Evidemment ces adhérences étaient très anciennes, et leur existence rendait impossible toute participation de la valve adhérente à la formation de la prétendue voûte valvulaire au moment de la systole. Son action était donc annihilée, et la valve droite aurait pu seule se relever. Mais ne trouvant pas de *partenaire*, elle ne pouvait produire dans ce cas qu'une voûte incomplète, largement échancrée à gauche, n'opposant aucun obstacle, pour ainsi dire, au retour du sang dans l'oreillette. Ce n'est pas une *insuffisance mitrale* seulement qu'on eût dû observer, dans l'hypothèse de l'occlusion passive, mais un *arrêt complet de la circulation* artérielle, c'est-à-dire la mort, au moment où la valve gauche se trouvait ainsi immobilisée. Les faits de cette nature sont incompatibles avec la théorie que je combats ; ils montrent, de plus, que le rôle de la valve gauche de la mitrale est *bien moins important* que celui de la droite. Cette incompatibilité est encore plus manifeste quand la sclérose, comme c'est l'ordinaire, maintenait l'une et l'autre valve tendues vers la pointe, les empêchant absolument de se relever et de s'affronter pour clore en haut la cavité ventriculaire.

Il est très rare, en effet, que l'inflammation soit limitée à une seule valve. Dans l'immense majorité des cas, la sclérose s'étend à la valvule toute entière, qui alors prend une forme spéciale, toujours la même, à tel point que les descriptions qu'on en donne dans les relations d'autopsies ont l'air d'avoir été toutes copiées les unes sur les autres. Je ne puis résister au désir de rapporter quelques-unes de ces descriptions, qu'on pourrait multiplier à l'infini.

Sur une jeune fille de 16 ans, « à l'orifice mitral, on « constate l'adhérence fibreuse des deux bords antérieurs « et postérieurs des valves, déterminant ainsi la formation « d'un *conduit à forme d'entonnoir*, à travers lequel il est à « peine possible de faire passer le manche d'un porte-« plume. Les deux valves sont épaissies, scléreuses, « dures, résistantes ; les cordages sont fermes, quelques-« uns scléreux. Aucun n'est ulcéré... Au niveau de « l'extrémité inférieure de l'entonnoir, l'orifice mitral a « la forme d'une glotte antéro-postérieure. » (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1890. p. 190.

« Les deux valves de la mitrale, jaunes et indurées, « sont unies complètement par leurs bords et de cette « union il résulte *un entonnoir rigide*, au fond duquel on « aperçoit l'orifice dans la forme d'une fente à direction « *tranversale*(?) Les piliers sont volumineux, les cordages, « blanchâtres et épaissis, ont subi une rétraction énorme « et n'ont plus guère que 4 mill. de longueur. » (*Soc. Anat.*, 1890, p. 166).

« Orifice mitral très rétréci ; le petit doigt n'y pénètre « pas. Il est en forme d'entonnoir et l'anneau de la mi-« trale est épaissi, sclérosé, la valvule elle-même est « épaissie, parcheminée. » (*Soc. Anat.* 1896, p. 767.)

« La valvule mitrale était rétrécie et formait un enton-« noir fibreux dont les parois étaient fortement sclérosées, « avec plaques de dégénérescence granulo-calcaire. » (*Soc. Anat.* 1885, p. 198.)

De pareilles valves pouvaient-elles se relever et s'abaisser alternativement ? Personne n'oserait le soutenir. Il ne peut plus être question de formation d'une voûte multiconcave ou autre, et comme les malades ont vécu et que la circulation s'est faite plus ou moins régulièrement, suivant le degré de compensation, jusqu'à l'instant de la mort, comme eût pu dire La-Palisse, il faut nécessairement, admettre que l'occlusion auriculo-ventriculaire a eu lieu par un mécanisme autre que celui que je combats. Il y aurait, par conséquent, pour expliquer le jeu des valvules auriculo-ventriculaires, deux théories contradictoires, l'une, pour l'état de santé, l'autre adaptée à l'état de maladie, et comme le passage de l'un à l'autre état est graduel, insensible, il faudrait se demander à quel moment la seconde théorie devrait être substituée à la première. S'est-on posé cette question ?

Les altérations que présentent les valvules sclérosées ont été très bien résumées par Potain et Rendu dans les lignes suivantes : « Dans ces formes extrêmes, si l'on « vient à regarder l'orifice auriculo-ventriculaire par sa « face supérieure, après avoir ouvert préalablement l'oreil-« lette, on aperçoit une zone dure, fibreuse, s'enfonçant « dans le ventricule à la façon d'un entonnoir et laissant « entre ses bords une fente en général semi-lunaire, sou-« vent de forme irrégulière et même elliptique, suivant « que l'adhésion des lèvres de la valvule et la rétraction « cicatricielle ont prédominé dans tel ou tel sens. Ordi-« nairement la lumière du canal dessine l'apparence d'un « fer à cheval, qui rappelle plus ou moins exactement le « contour normal de l'accolement des deux valves mitrales. « Mais les bords de l'orifice pathologique sont indurés, « rugueux, inégaux, hérissés parfois de saillies villeuses « et de petites végétations. Le doigt introduit de l'oreil-« lette dans le ventricule rencontre un obstacle infran-« chissable, et la soudure des valves est parfois telle « qu'il devient difficile de préciser le point où l'adhé-« rence s'est faite. Tel de ces rétrécissiments arrive au « point de livrer passage à peine à un tuyau de plume, et « l'on se demande, en présence de telles coarctations, « comment elles sont compatibles, momentanément même, « avec l'existence. »

On se demandera, avec non moins de raison, comment de telles lésions n'ont pas ouvert les yeux aux plus récalcitrants des partisans de l'ancienne théorie valvulaire. Car, enfin, ils ont dû se dire que cette forme si invariable

Digitized by Google

et si constante de la mitrale sclérosée n'est pas un effet du hasard et que la traction opérée par les cordages raccourcis ne suffit pas à l'expliquer, puisqu'elle se voit également dans les cas où les cordages sont peu altérés. La vérité, c'est que, si les valves devenues rigides présentent invariablement la forme d'un entonnoir, c'est que la valvule mitrale saine conserve toujours cette forme, pendant la systole ventriculaire comme dans la diastole, et que le seul changement qu'elle éprouve au cours du fonctionnement du ventricule, consiste en un petit déplacement, une légère oscillation de la valve droite, qui, poussée par le sang venant de l'oreillette, s'éloigne de quelques millimètres à peine de la valve gauche, et s'en rapproche de nouveau sous l'influence de la contraction des piliers musculaires, au moment de la systole ventriculaire. Et cette oscillation se comprend même dans les cas où la rigidité des valves a atteint un degré très avancé.

Tout le monde sait que l'insuffisance mitrale se manifeste au médecin par un souffle systolique qui s'entend surtout à la pointe du cœur. C'est un des faits les mieux établis de la pathologie cardiaque. « De tous les signes de cette affection », disent MM. Potain et Rendu (*Dict. encyclopéd.*, art. Cœur, p. 607), « le souffle systolique à la « pointe est le plus constant, il en est réellement le signe « pathognomonique, traduisant pour l'oreille le fait « même de la régurgitation du sang dans la cavité auri- « culaire ».

Il est à remarquer que ce souffle se fait entendre dès l'origine de l'affection valvulaire, alors que la lésion n'occupe encore que quelques points des bords des valves, et que la valvule presque toute entière a conservé sa souplesse, sa mobilité normale, et pourrait se livrer, par conséquent, sans entraves, à cette gymnastique dévergondée à laquelle la condamnent les partisans de l'occlusion passive. C'est donc à la base du cœur, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, que devrait se produire et s'entendre, selon la théorie, le souffle systolique de l'insuffisance mitrale. « Cette prédominance du souffle « de l'insuffisance mitrale à la pointe du cœur étonne « d'abord, et l'on se demande pourquoi un bruit, *qui naît* « *à la base des ventricules* et que le sens du courant doit « propager vers l'oreillette, semble au contraire gagner « en sens inverse » (*l. c.*, p. 604). « De cela on donne « beaucoup d'explications » (comme dans toutes les cir- « constances où une bonne explication fait défaut). » La « première, c'est que le bruit se propageant en réalité « dans toutes les directions, s'entend néanmoins mieux « que partout ailleurs dans la partie de la région précor- « diale où le ventricule gauche se trouve plus immédiate- « ment en rapport avec la paroi ; moins vers la base, où « cette cavité est séparée de la paroi par une lame épaisse « du poumon gauche. Aussi quand, par exception, la base « du cœur se découvre davantage, le maximum du bruit « tend à se déplacer, comme l'a vu Friedreich, et à se « transporter au niveau du 3e espace intercostal, c'est-à- « dire dans un point plus rapproché de la base. » Ce fait paraît bien exceptionnel, et même unique, puisque M. Potain, qui a une si grande expérience des maladies du cœur, n'en cite pas un seul cas de sa pratique personnelle.

« En second lieu, on remarque que, dans un certain « nombre de cas, l'orifice représenté par l'extrémité infé- « rieure de l'infundibulum se trouve fort rapproché de la « pointe par le fait du raccourcissement des tendons. « Enfin, dans tous les cas d'insuffisance, la disposition des « parties est telle que l'ouverture anormale occupe le « sommet d'un cône saillant dans le ventricule. Or, il ré- « sulte des expériences de Bergeon que le souffle qui se « produit quand un courant s'engage dans de semblables « conditions par le sommet du cône, se propage surtout, « non dans le sens du courant, mais dans le sens inverse, « et pour le cas particulier vers la pointe. On peut dis- « cuter les motifs de ce changement de direction de la « propagation du bruit. Quant au fait, il est expérimen- « talement établi, et on doit le considérer comme contri- » buant pour une certaine part à la prédominance du « souffle vers la pointe, dans les cas d'insuffisance mi- « trale. »

Ainsi, quand la sclérose est totale, transformant la valvule en un entonnoir rigide, force a été de convenir que le souffle est produit au sommet de l'entonnoir, là où le souffle a son maximum d'intensité. Et, quand la sclérose est seulement à son début et qu'on a lieu de penser que les valves ont conservé plus ou moins complètement leur souplesse, il faudrait admettre que le lieu de production du souffle n'est plus au point où le bruit se fait entendre avec le plus de force, mais beaucoup plus haut, au niveau de la base du cœur ? Ainsi, du moins, le veut la théorie, et l'on s'est ingénié à trouver des raisons plus ou moins plausibles pour expliquer cette contradiction. Il est vrai que ces raisons ne paraissent pas satisfaire complètement, même ceux qui voudraient les trouver concluantes. Leur langage tendrait à le faire croire. Mais le fait est brutal; tant pis pour la théorie qui ne peut pas s'accommoder avec lui.

Avec le souffle systolique coïncide le *frémissement cataire*. « Lorsqu'on applique la paume de la main au niveau de la *région de la pointe du cœur*, on perçoit ordinairement avec la plus grande netteté une vibration assez forte, souvent rude, qui commence exactement avec la systole et se prolonge pendant la plus grande partie du petit silence; il prolonge le choc de la pointe et disparaît avant que se soit produit le claquement des valvules sigmoïdes. C'est à la pointe du cœur qu'on le perçoit avec le plus de netteté. (*Ibid.*, p. 604.)

Les exemples précédents suffiraient à démontrer que l'observation pathologique est inconciliable avec la théorie du soulèvement systolique de la mitrale. Je ne résiste pas cependant au désir de signaler un autre ordre de faits qui ne sont pas moins probants contre cette théorie.

Digitized by Google

Tout le monde sait que, chez un grand nombre de malades qui avaient présenté, pendant la vie, les signes les plus manifestes d'une insuffisance mitrale, on trouve, à l'autopsie, une intégrité parfaite de la valvule. Pour expliquer ces faits, on a admis, dans ces cas, l'existence d'une dilatation du ventricule, qui aurait amené un élargissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et, par suite, un défaut de proportion entre cet orifice et les valves de la mitrale. Cette explication, la plupart du temps, est purement théorique et non fondée sur des mensurations précises. Mais, à supposer qu'elle soit admissible, elle ne serait pas applicable aux insuffisances *passagères* qu'on observe si fréquemment. A ce sujet, qu'il me soit permis de reproduire ici ce que j'écrivais en 1874 (*l. c.*, p. 34).

« Depuis longtemps Peacok et Skoda ont fait connaître « des cas de fièvre typhoïde accompagnés de tous les symp- « tômes d'une insuffisance mitrale, dont on ne trouve plus « aucune trace pendant la convalescence. Plus récemment, « M. Gangolphe a signalé dans sa Thèse inaugurale, des « cas d'ictère dans lesquels l'introduction dans le sang de « certains matériaux de la bile avait déterminé un affai- « blissement notable des contractions cardiaques et une « insuffisance mitrale passagère. D'autre part, M. Jaccoud « rapporte dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* « *pratiques* une observation d'insuffisance mitrale dans « laquelle l'autopsie ne révéla aucune lésion valvulaire, « mais seulement une dégénérescence graisseuse du myo- « carde. M. Raynaud cite un fait analogue dans son ar- « ticle Cœur du même dictionnaire (t. VIII, p. 625).

« Il est incontestable, selon Friedreich, qu'une sorte de « paralysie des muscles papillaires et du tissu cardiaque « lui-même, de même que certaines affections du cœur « (dégénérescence graisseuse et parenchymateuse) peu- « vent, en occasion nant une dilatation considérable des « cavités du cœur gauche, donner lieu à une insuffisance « relative de la valvule mitrale. C'est ainsi que, dans le « typhus et autres fièvres organiques, il se développe des « insuffisances valvulaires transitoires, disparaissant après « la guérison de la maladie (Friedereich : *Traité des ma-* « *ladies du cœur*, trad. française, 1873, p. 416) ».

« On a observé des cas, dit Peter (*Traité clin. et prat.* « *des maladies du cœur*, 1883, p. 476), dans lesquels, « avec un bruit de souffle systolique et sous le mamelon « perçu pendant la vie, on constatait à l'autopsie l'inté- « grité de la valvule mitrale et l'on a expliqué ce souffle « par la dilatation de l'anneau fibreux sur lequel les val- « vules sont implantées. Mais, lorsque l'anneau ventricu- « laire s'élargit, les valvules qui s'y insèrent s'élargissent « parallèlement et l'insuffisance valvulaire ne peut avoir « lieu. Il y a même des cas où le souffle de l'insuffisance « peut être perçu avec l'intégrité aussi bien de l'anneau « tendineux que des valvules, et alors, pour se tirer d'em- « barras, on a essayé de démontrer que la raison de « l'insuffisance se trouve dans la dilatation des ventricules; « les tendons valvulaires, ne se développant pas parallèle- « ment à la dilatation du ventricule, deviendraient trop « courts et, au moment de la systole, empêcheraient le « redressement et la coaptation de la valvule : d'où l'in- « suffisance mitrale. »

« Mais, pour rester dans la réalité, on doit avouer qu'il « y a des faits où cette explication est insuffisante et où « l'on ne peut découvrir anatomiquement la raison d'un « souffle systolique entendu à la pointe pendant la vie. »

« Je crois, quant à moi, que ce souffle d'insuffisance « mitrale sans lésion valvulaire peut n'être point dû à « une dilatation de l'orifice (sans élargissement parallèle « des lames valvulaires) ou à une dilatation des ventricules « (sans allongement parallèle des tendons), mais qu'il « résulte en réalité d'une atonie du muscle ventriculaire « gauche, atonie qui fait que sa contraction est impuis- « sante à déterminer l'exacte juxtaposition des lames « valvulaires mitrales, d'où l'insuffisance. Cette insuffi- « sance mitrale fonctionnelle est analogue à l'insuffisance « tricuspide que l'on observe dans certains cas de chlo- « rose. Ici l'atonie du muscle ventriculaire doit entraîner « la non-juxtaposition des lames tricuspides, le souffle « tricuspidien et le pouls veineux. Ce qui le prouve, c'est « le traitement qui ne pourrait faire passer une dilatation « de l'orifice tricuspidien, ni un raccourcissement des « piliers tendineux, mais qui guérit néanmoins l'insuf- « fisance. »

Pour adapter à la théorie ces insuffisances passagères, qui parfois se montrent et disparaissent plusieurs fois de suite, il faudrait supposer non seulement que la poche musculaire figurée par le ventricule se dilate et se rétrécit alternativement sous l'influence de la médication ou par les seuls efforts de la nature, ce qui est admissible jusqu'à un certain point, bien que l'observation ne le confirme pas toujours, mais encore que l'anneau fibreux entourant l'orifice auriculo-ventriculaire subit les mêmes changements de dimensions, ce qui n'est guère acceptable pour qui tient compte du défaut absolu d'élasticité du tissu fibreux. Mais l'atonie du muscle ventriculaire invoquée par Peter, en tant qu'elle s'applique seulement aux parois du ventricule, ne donne pas une explication plus satisfaisante, attendu que, sur le cadavre, la plus légère pression sur le cœur suffit pour relever les valves flottantes et les adapter l'une à l'autre. Il n'en est plus de même si l'atonie frappe en même temps, comme c'est l'ordinaire, les piliers, impuissants dès lors à tirer les valves en bas, avec une énergie suffisante. Aussi toutes les causes d'affaiblissement du cœur donnent-elles naissance aux symptômes de l'insuffisance mitrale, et cette insuffisance sera temporaire ou permanente, suivant que l'asystolie présentera l'un ou l'autre de ces caractères. Car l'occlusion de l orifice auriculo-ventriculaire ne peut être parfaite qu'à la condition que les cordages soient tendus avec force sur les bords juxtaposés et engrénés des valves abaissées.

Pour terminer, je donnerai quelques conseils relatifs à la manière dont il faut ouvrir les cavités du cœur.

Digitized by Google

On ne peut prendre une idée exacte de l'état des orifices et des valvules du cœur que si l'on s'arrange de façon à laisser intactes toutes ces parties, ainsi que les cordages tendineux et les piliers musculaires des ventricules. Or, les méthodes généralement recommandées sont loin de remplir ces conditions. Ainsi, par exemple, l'incision longitudinale pratiquée le long du bord gauche du cœur, que tout le monde conseille de faire pour ouvrir le ventricule gauche, détruit d'emblée les connexions qui existent entre les deux piliers, connexions dont j'ai démontré l'importance dans le jeu de la mitrale. Il est rare, d'autre part, qu'elle tombe assez exactement entre les deux piliers pour ne pas endommager l'un ou l'autre plus ou moins profondément, comme aussi quelques cordages tendineux et les valves elles-mêmes. Dans tous les cas, en soulevant la lèvre antérieure de l'incision, on déplace les cordages et les valves qu'il faudrait voir en place, tels que la mort les a laissés. Je suis intimement convaincu que cette manière défectueuse d'ouvrir le ventricule gauche a beaucoup contribué à entretenir les idées fausses qui ont si longtemps persisté relativement au mécanisme des valvules.

La seule méthode qui laisse les valvules intactes dans toutes leurs parties est celle dont je me suis servi constamment dans mes recherches sur le cœur, et dont voici la technique.

a) *Pour le ventricule droit :*

Introduire une sonde cannelée dans le ventricule par l'orifice pulmonaire, et inciser sur elle, de haut en bas, toute la paroi antérieure du cœur, *près du sillon longitudinal antérieur*. Cette incision sera commencée un peu au-dessous de l'orifice pulmonaire, et sera prolongée jusqu'au voisinage du sommet du cœur, en évitant les piliers et autant que possible leurs racines. A cette incision longitudinale, on ajoutera une incision transversale, parallèle au sillon circulaire du cœur et voisine de la base. Cette seconde incision sera faite également sur la sonde cannelée, ou mieux sur un doigt qui soulève la paroi ventriculaire antérieure et l'écarte de la valvule tricuspide. Le lambeau triangulaire ainsi tracé étant renversé en bas, on pourra explorer à loisir tout l'intérieur du ventricule.

b) *Pour le ventricule gauche :*

Introduire la sonde cannelée dans le ventricule par l'orifice aortique, en la plaçant dans l'angle formé par la paroi antérieure avec la cloison, loin des piliers, par conséquent, et inciser sur l'instrument la paroi près du sillon longitudinal antérieur, dans toute sa longueur, en laissant l'orifice aortique intact. De l'origine de cette incision longitudinale faire partir une incision transversale, se portant à gauche, parallèlement au sillon circulaire du cœur jusqu'au bord gauche de l'organe. On évitera avec soin les valves de la mitrale et leurs cordages. Toutes ces parties seront largement accessibles à l'exploration quand on aura rabattu le lambeau triangulaire ainsi circonscrit.

Cette manière d'ouvrir les cavités ventriculaires laissant intactes les ouvertures auriculo-ventriculaires et leurs valvules, qui conservent la position où la mort les a laissées, il sera désormais difficile de reproduire une confusion, qu'on déplore trop souvent dans les observations, entre l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou gauche, c'est-à-dire l'espace circonscrit par les anneaux fibreux du cœur, et les orifices que laissent entre eux les bords des valves soudés ensemble à la suite d'endocardite.

Cette distinction est d'autant plus importante que les déformations produites par l'inflammation dans ces deux ordres d'ouvertures sont loin d'être proportionnelles. Si « dans les cas extrêmes », disent Potain et Rendu, « le « travail inflammatoire ne se borne pas aux valvules et « s'étend également à la zone de leur implantation, c'est « là un fait exceptionnel. Le plus ordinairement l'anneau « fibreux reste absolument intact; tout au plus est-il un « peu épaissi, en général uniformément, de façon à pré« senter un peu plus de rigidité. Jamais il n'est l'agent « direct et exclusif du rétrécissement mitral » (loc. cit. p. 575).

Je voudrais, enfin, que, dans les descriptions qu'on donne des lésions du muscle cardiaque, on accordât une mention particulière à l'état des piliers, qui jouent un rôle si considérable dans le fonctionnement du centre circulatoire.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**L'épilepsie diabétique.** — D'après Jacoby (*New-York med. Journ.*) on peut observer des cas d'épilepsie relevant réellement et exclusivement du diabète et semblant dus à l'acétonémie. L'épilepsie, dans ce cas, n'est donc qu'une intoxication aiguë. Le diabète peut agir comme l'urémie en produisant des crises épileptiformes, et l'épilepsie acétonémique de même que l'épilepsie urémique doit se ranger dans le cadre des épilepsies par intoxication.

**Les kystes du pancréas.** — Les kystes du pancréas, d'après M. le Dr Bas (*Th. Lyon*, 97), sont de deux ordres. 1° les petits kystes séreux sans histoire clinique; 2° les kystes plus ou moins volumineux révélant leur présence par une tumeur, au début toujours sus-ombilicale; le volume moyen de ces tumeurs est celui d'une tête d'adulte, leur contenance varie de 2 à 4 litres; quequefois plus de 15 litres dans un cas de Martin. L'épaisseur de la poche est toujours considérable, elle varie entre 1 et 4 cm. Sur 23 cas qui sont relatés dans la littérature chirurgicale depuis le travail de Bœckel de 1890, on n'a cherché et obtenu la réaction pancréatique que dans 4 cas. Ces kystes sont plus fréquents chez la femme adulte, peuvent exister avec une grossesse sans en enrayer nullement la marche. Ces kystes ont un début particulièrement douloureux, probablement par suite de leurs rapports avec le plexus cœliaque. Ils ont un siège sus-ombilical et médian; mais le diagnostic certain ne peut guère être posé qu'après la laparotomie.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces kystes sont de nature diverse, les uns dus à une pancréatite superficielle, sorte de cirrhose (Tilger), les autres sont des adénomes transformés en épithélioma mucoïde (Hartmann), les derniers enfin, sont dus à une monstruosité du développement, sorte d'adénome fœtal (Poncet et Dor). Le traitement est exclusivement chirurgical.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES

## BACTÉRIOLOGIE

**Le bacille de la fièvre jaune.** — Sanarelli vient de publier, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, une étude très documentée sur l'étiologie de la fièvre jaune qu'il considère comme due à un microbe spécifique, le *bacillus ictérioïdes*. Ce bacille est difficile à isoler, car il y a presque toujours des infections secondaires dues au colibacille, au streptocoque, aux staphylocoques, au proteus. Dans le cours de la maladie, le bacillus ictérioïdes se rencontre dans les organes en très faible quantité, et ce n'est qu'à la fin du cycle morbide, c'est-à-dire au bout de 7 à 8 jours qu'il se développe franchement et envahit presque à l'improviste l'organisme entier, accompagné presque toujours d'autres microbes, probablement d'origine intestinale.

Le bacille ictérioïde, une fois introduit dans l'organisme, détermine non seulement une intoxication générale, mais produit des altérations spécifiques ayant leur siège électif surtout dans les reins, le tube digestif et le foie. Le vomito negro est dû à l'action de l'acidité gastrique sur le sang qui a été extravasé dans l'estomac, à cause des graves lésions toxiques de sa muqueuse. Le vomissement est provoqué directement par l'action émétique, spécifique, que possèdent les produits toxiques du bacille ictérioïde circulant dans le sang. Le caractère hémorragique, présenté par la maladie, est dû, avant tout, à la propriété hémorragipare que possède le bacille ictérioïde ainsi que d'autres microbes, et, en second lieu, aux profondes et rapides dégénérescences graisseuses, spécifiques, que le poison amarille provoque dans les parois vasculaires,

Le bacille ictérioïde est pathogène, pour la plupart de nos animaux domestiques; injecté aux souris blanches, aux cobayes, aux lapins, il reproduit une maladie cyclique analogue à celle observée chez l'homme. La transmission de la maladie, chez les cobayes et les lapins, peut s'obtenir expérimentalement, même par les voies respiratoires. Chez les chiens, le bacille ictérioïde détermine un tableau symptomatique et anatomique beaucoup plus complet et beaucoup plus ressemblant que celui qu'on observe chez l'homme, à savoir : vomito, hématémèses, hématurie, albuminurie, gastro-entérite hématogène, néphrite, ictère, intoxication urémique, etc. Chez la chèvre et le mouton, il attaque plus profondément les reins, en déterminant l'albuminurie et l'intoxication urémique.

Le virus de la fièvre jaune possède trois propriétés pathogènes dont l'ensemble contribue à lui donner une physionomie propre qui pourrait être considérée comme spécifique : les propriétés stéatogènes, les propriétés congestives et hémorragiques, les propriétés emétiques. Voici résumées les propriétés que Sanarelli attribue à son bacille : aspect d'un bâtonnet aux pointes arrondies, le plus souvent réuni en couples, ne prenant pas le Gram. Possède des cils qu'on peut colorer par la méthode de Nicolle-Morax. Facultativement aérobie et anaérobie.

Sur *gélatine* pousse, en 24 heures, des colonies punctiformes, arrondies, transparentes, devenant en vieillissant opaques et noirâtres, si elles sont trop serrées. Si elles se développent en surface, il y a production d'un noyau plus ou moins foncé entouré d'un halo clair d'où partent de fines granulations irradiant vers la périphérie. Ne liquéfie pas. Son pléiomorphisme est tel qu'on pourrait le confondre avec le coli-bacille, mais la distinction est facile, car les cultures sont toujours incolores au début et ne présentent jamais la couleur brunâtre chatain du coli-bacille.

*Sur gelose* colonies arrondies, d'aspect grisâtre, un peu irisées, transparentes, à surface lisse, uniforme et à marges régulières. Exposées à la température ambiante, il se forme un bourrelet nacré caractéristique, comparable à un sceau de cire à cacheter.

*Le sérum solidifié* est peu propice au développement du bacille ictérioïde de même d'ailleurs que la pomme de terre.

Tels sont, dans ses grands traits, les caractères du bacille décrit par Sanarelli. Ce bacille est-il le même que celui décrit par Havelburg (*Berliner klin. Wochenschrift*)? D'après la rédaction des *Annales de l'Institut Pasteur*, ils semblent, à première vue, différents, et, s'il en était ainsi, la question aurait besoin d'être étudiée à nouveau, pour infirmer ou confirmer l'une ou l'autre opinion.

---

**La grippe sporadique.** — La découverte du bacille de l'influenza par Pfeiffer permet de contrôler l'identité de la grippe sporadique et de la grippe épidémique. M. Lindenthal, assistant du prof. Weichselbaum, a fait des recherches sur huit sujets morts de pneumonie grippale non épidémique. D'abord, il a constaté que l'infiltration pulmonaire était principalement leucocytaire; il n'a trouvé qu'une seule fois de la fibrine dans les alvéoles, comme cela se voit dans d'autres pneumonies catarrhales intenses. Le bacille de Pfeiffer fut régulièrement rencontré, associé le plus souvent au pneumocoque, rarement au bacille de Friedlænder (*Wiener klin. Wochenschrift*). Le microbe de la grippe ne pousse qu'à 38° sur des milieux contenant de l'hémoglobine. Il y forme des gouttelettes transparentes au début, qui deviennent bleuâtres au bout de quelques jours ; alors la partie centrale de la colonie se fendille en blocs, visibles sous le microscope seulement, et les microbes de cette partie ne prennent plus les matières colorantes ; d'où on peut conclure qu'ils sont morts. La forme des éléments est très variable : à l'état parfait ils ont l'aspect d'un bâtonnet de la taille d'un bacille de la diph-

Digitized by Google

térie ; ils peuvent se présenter comme microcoques, ou comme bâtonnets alignés bout à bout en filaments. Ils se colorent le mieux au bleu de méthylène en solution alcaline, et ne prennent pas le Gram.

Chez six des sujets examinés, M. Lindenthal a découvert des suppurations dans les cavités accessoires du nez — les sinus maxillaires et frontaux — dues au bacille de la grippe. Cette fréquence des localisations spécifiques expliquerait l'apparition des cas de grippe sporadique et les réinfections du même sujet. Les malades sont peu incommodés par leur affection et vaquent à leurs occupations : ils répandent ainsi la maladie autour d'eux où en sont atteints eux-mêmes au moindre refroidissement. — Bd.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**Lésions chroniques expérimentales du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique.** — MM. Mollard et Regaud, de Lyon, ont établi (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév. 1897), que les lésions du myocarde déterminées constamment chez les animaux par les injections de toxine diphtérique portent surtout et primitivement sur les fibres musculaires. Les modifications du milieu conjonctif, dont la principale est la leucocytose, sont secondaires et ont un but réparateur (1).

Lorsque les animaux (lapins) ont résisté à l'intoxication, on observe (un an environ après la fin de l'intoxication) les lésions suivantes : à l'autopsie, la consistance du myocarde est augmentée ; à l'œil nu, on voit de petits foyers de sclérose, et quelques plaques laiteuses épicardiques ; parfois il y a aussi de la sclérose rénale. Les lésions microscopiques portent sur les fibres musculaires et sur le milieu vasculo-conjonctif ; *a*) Les lésions des fibres sont très marquées ; elles sont surtout intenses dans la cloison interventriculaire, les piliers, les zones sous-jacentes à l'endocarde et au péricarde. La striation transversale est généralement bien conservée, mais, par contre, le nombre des cylindres contractiles est plus ou moins diminué, d'où résultent l'hyperplasmie et une apparence de vacuolisation. Il n'y a jamais, du moins chez l'adulte de signes de multiplication des noyaux ; *b*) La *sclérose* anormale est abondamment répartie, soit en plaques bien limitées, soit en travées dissociant les fibres. Le tissu conjonctif néoformé tient manifestement la place de fibres cardiaques disparues.

La lenteur d'évolution de ces lésions est remarquable, elle se fait soit dans le sens d'une *restitutio ad integrum* qui ne s'étend jamais sans doute à toutes les fibres malades, soit dans le sens d'une *cicatrice*.

Il n'y avait pendant la vie aucun trouble du rythme cardiaque.

(1) *Journal des Praticiens*, n° 12, page 182.

## UROLOGIE

**Les urines des épileptiques.** — Seyfert, en 1854, signalait la présence de l'albumine en grande abondance dans l'urine des épileptiques, après les attaques, mais il ajoutait que cette albumine n'est pas constante et n'apparaît pas chez tous les sujets.

L'existence de l'albuminurie postparoxystique a été admise par les uns, niée par les autres. D'après J. Voisin (*l'épilepsie*), elle existe dans la moitié des cas, se rencontre dans tous les modes d'épilepsie, et paraît être constante dans l'état de mal épileptique. L'albuminurie est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité. Elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face.

Un autre caractère important et intéressant des urines des épileptiques, c'est leur toxicité. D'après J. Voisin, il y a hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès, et hypertoxicité à la suite des accès. Cette toxicité urinaire est toujours en sens inverse des troubles de l'appareil digestif, puisque l'hypotoxicité apparaît lorsque ces troubles se manifestent, tandis que leur disparition accompagne l'hypertoxicité. Cette toxicité, comme les troubles gastriques, permet de déterminer les accès en série lorsqu'il y a des intervalles de 24 heures ou 48 heures sans accidents. En effet, l'urine des 24 heures, recueillie pendant cette intervalle, reste hypotoxique et l'hypertoxicité ne se manifeste que lorsque la série est réellement achevée.

De plus, dans les urines des 24 heures consécutives à des crises d'épilepsie, l'urée est augmentée, les phosphates sont en excès. J. Voisin et Oliviero ont pu isoler de ces urines un corps extrêmement toxique pour les animaux, corps indéterminé, se présentant sous forme d'un magma ou d'une poudre brunâtre, ayant une odeur particulière, très forte, rappelant à la fois celle de l'ammoniaque et du musc. Ce produit est soluble dans l'eau, et, injecté aux animaux, il détermine des accidents convulsifs suivis de mort.

En somme, d'après Voisin, l'urine est hypotoxique avant et pendant les accès et il y a ensuite une véritable élimination dont témoigne l'hypertoxicité après les paroxysmes. Cette hypertoxicité serait probablement due à la présence du corps indéterminé précédemment cité.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 27 juillet 1897*

**De l'action du sérum antitétanique chez les animaux.** — M. Nocard. Des tubes de sérum ont été envoyés à 63 vétérinaires. Ils ont pu être utilisés pour traiter préventivement 2,707 animaux. Les animaux ainsi immunisés peuvent se diviser en deux groupes : un 1er groupe d'ani-

Digitized by Google

maux immunisés dans le but d'une opération ; un 2e groupe d'animaux immunisés à la suite d'une blessure.

Le 1er groupe comprend environ 2,300 animaux. Pas un seul n'a succombé; et, cependant, ces immunisations ont été faites dans des régions où le tétanos règne en maître, par des vétérinaires qui étaient réduits à ne plus pratiquer les opérations les plus courantes à cause des complications tétaniques. Le 2e groupe comprend 400 cas ; l'immunisation a été faite du 1er au 3e jour après l'accident.

Un seul animal, traité après le 5e jour, a présenté des signes de tétanos, mais sans gravité. Là, comme précédemment, les expériences ont eu lieu dans des contrées riches en tétanos.

M. Poncet *fait une communication à propos des observations de M.* Jabouley *concernant le traitement du goitre exophtalmique par la résection du sympathique cervical.* — M. Jabouley a pratiqué neuf fois cette intervention ; il existe cinq autres cas. Le total des résections du sympathique cervical s'élève donc à quatorze. Or, sur ces quatorze cas, il n'existe point de mort, et toujours les malades ont été considérablement améliorés. Presque toujours, l'amélioration (on pourrait même dire la guérison) a persisté. Dans les cas où un des grands symptômes a eu tendance à se reproduire, c'est qu'il s'agissait probablement d'une anomalie du sympathique cervical, peut-être d'un ganglion cervical supérieur bifide. On voit donc que le peu de mortalité et les résultats permettent de préférer cette opération à la thyroïdectomie.

M. Doyen présente deux observations de goitre exophtalmique traités par la thyroïdectomie. Dans le premier cas, l'opération remonte à deux ans ; dans le deuxième, elle date de quatre mois. La guérison persiste chez les deux malades.

La première observation relate une amélioration très rapide après l'intervention ; mais le malade ayant subi, quelque temps après, le traitement thyroïdien, les palpitations et l'exophtalmie réapparaissent. La cessation de ce traitement permit à la maladie de reprendre sa marche vers la guérison.

L'auteur conclut en disant que cette opération est une des plus inoffensives et qu'elle présente surtout moins de dangers que la résection du grand sympathique cervical.

M. Reclus présente, au nom de M. Jonnesco, trois observations de résection du grand sympathique dans le cas de goitre exophtalmique.

M. Delagenière fait une communication sur la chirurgie de l'estomac. Dans un cas très complexe d'ulcère de l'estomac ayant amené la perforation de l'organe et son adhérence au diaphragme il détache avec l'organe accolé une portion du muscle adhérent au niveau de la perforation, refoule dans la cavité de l'estomac la partie malade et le muscle détaché dans le but d'en amener la digestion et ferme par trois points de suture les bords de l'invagination.

Cette invagination est faite de façon à remédier à une malformation que présente l'estomac de cette malade (estomac en tablier). La partie malade à invaginer qui présente une forme allongée dans le grand sens de l'organe est étirée transversalement et suturée dans cette situation nouvelle. L'estomac peut ainsi recouvrer sa forme et ses fonctions naturelles. Du reste, la malade qui souffrait depuis dix ans et qui se mourait d'inanition avant l'opération guérit parfaitement. Aujourd'hui elle digère et se porte bien.

L'auteur est d'avis que l'opération chirurgicale devrait être conseillée dans tous les cas d'ulcère ayant résisté au traitement classique et dans tous ceux qui tentent des recherches. En opérant de bonne heure on pourrait ainsi sauver d'une mort certaine un certain nombre de malades.

**Elections.** — Election de deux correspondants étrangers dans la 1re division :

En 1re ligne : M. Bénedikt (de Vienne) ; en 2e ligne : M. Petrini (de Galatz) ; en 3e ligne : M. Barella (de Bruxelles) ; en 4e ligne : M. Mierzijewsky (de Saint-Pétersbourg) ; en 5e ligne : M. Patrick Manson (de Londres).

Votants : 54. — Majorité absolue : 28.

1re élection : M. Bénedikt, élu par 45 suffrages.

2e élection : M. Mierzejewsky, élu par 30 suffrages.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 23 juillet 1897*

**Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1896.** — M. Sevestre présente la statistique de tous les malades entrés dans le cours de l'année comme atteints ou suspects de diphtérie. La mortalité comprend non seulement ceux qui sont morts de diphtérie, mais encore tous ceux qui sont morts à l'hôpital ou en ville après leur sortie des complications de cette maladie, ou d'affections intercurrentes (bronchopneumonie, rougeole, coqueluche, tuberculose, scarlatine...).

Le nombre total des entrées au pavillon a été de 853 ; celui des décès de 147 ; celui des décès après 24 heures de 99 ; soit une mortalité brute de 17,24 0/0 et en retirant les décès survenus dans les 24 heures une mortalité réduite de 12,29 0/0.

Parmi ces cas figurent les angines reconnues postérieurement non diphtériques au nombre de 140 qui ont fourni 26 décès, soit une mortalité de 18,56 0/0.

Les cas de croup sont au nombre de 388, parmi lesquels 145 ne donnèrent lieu à aucune intervention et fournirent 14 morts, soit une mortalité de 9,65 0/0. Sur les 218 tubés, 71 moururent (mortalité 32,56 0/0). Sur 25 trachéotomisés, 17 succombèrent.

**Du diagnostic bactériologique et de la conduite à tenir dans les angines.** — M. Marfan. Dans la pratique médicale, en présence d'une angine, on se borne souvent à un seul examen bactériologique. Celui-ci, même bien fait, est insuffisant et peut induire en erreur. Car on peut ne pas trouver de bacilles de Lœffler par un premier examen ; ceux-ci pouvant n'apparaître dans les fausses membranes que plusieurs jours après. On aura donc perdu un temps précieux, si l'on a attendu l'apparition du bacille pour faire l'injection de sérum. M. Marfan résume ainsi la conduite à tenir.

Toute angine pseudo-membraneuse primitive doit *a priori* être considérée comme diphtérique, et exige l'injection de serum avant le résultat de l'examen bactériologique, qu'il sera toujours utile de faire.

Digitized by Google

Dans les angines folliculaires ou pultacées, à moins de circonstances épidémiques spéciales qui exigent une injection immédiate de sérum, il ne faut pratiquer celle-ci que lorsque l'examen bactériologique aura démontré la nature diphtérique de l'exsudat, ce qui arrivera rarement.

**La rougeole à l'hôpital des Enfants malades en 1896.** — M. Léon Bernard, interne des hôpitaux. Pendant l'année 1896, il est entré dans le service de la rougeole 483 enfants atteints de cette maladie ; et il y a eu 25 erreurs de diagnostic, qui n'ont donné lieu qu'à deux cas de contagion de la rougeole, et deux cas de broncho-pneumonie, dont un a été mortel.

Nous avons compté 104 décès, ce qui donne la proportion de 21.5 p. 100. La mort a été causée par la broncho-pneumonie 77 fois ; les autres décès sont dus à d'autres complications et, dans 11 cas, peut-être à la virulence même de la rougeole. En répartissant tous les cas de rougeole par âge, on voit que cette maladie est surtout fréquente de 1 à 5 ans, atteignant son maximum dans la deuxième année de la vie et que sa gravité va constamment en décroissant avec l'âge ; elle est surtout grande pour les nourrissons. La répartition par sexes montre peu de différence pour l'un ou pour l'autre. La répartition par mois établit le maximum de fréquence pendant les six premiers mois de l'année.

Parmi les syptômes de la rougeole, nous avons surtout porté notre attention sur trois d'entre eux, le liseré gengival, la diarrhée et l'adénopathie périphérique : le liseré gingival, décrit surtout par M. Comby, s'est montré presque chaque fois que l'on a pu observer les enfants au moment de l'éruption. — Nous avons aussi étudié l'évolution de la diarrhée, pour rechercher surtout ses relations avec les complications broncho-pulmonaires, car M. Marfan s'était demandé si celles-ci ne pouvaient pas en déterminer l'apparition par suite de la déglutition des crachats. Nos observations ne sont pas en faveur de cette conclusion ; quelquefois en effet la diarrhée survient à la suite d'une broncho-pneumonie, mais le plus souvent elle en est contemporaine ou elle la précède, et il semble plutôt que la diarrhée ne soit que l'expression symptomatique d'un exanthème propagé au tube digestif ; enfin très souvent la diarrhée reste absente. — L'adénopathie des régions cervicale, axillaire et inguinale est presque constante au cours de la rougeole ; elle n'est pas due à des complications infectieuses, car, contemporaine de l'éruption, elle se montre indépendamment de ces éruptions secondaires et souvent on peut suivre l'amincissement progressif des ganglions pendant l'évolution de la rougeole, ces adénopathies sont donc d'origine morbilleuse.

Nous avons observé 2'12 cas de rougeoles compliquées ; parmi ces complications, les plus fréquentes sont les infections des premières voies naturelles et les infections descendantes, et surtout la broncho-pneumonie, dont nous avons vu 116 cas causant 77 décès ; la fréquence de cette complication a donc été de 24 p. 100, et sa léthalité de 66,3 p. 100. La rougeole est souvent secondaire à d'autres maladies, telles que la coqueluche, qui la prédispose à se compliquer de broncho-pneumonie, la varicelle, la scarlatine et la diphtérie, qui n'en modifient pas le pronostic, la tuberculose, dont l'association avec elle est grave.

Le traitement doit surtout parer aux complications, et pour cela les conditions indispensables seraient un mode d'hospitalisation où l'on pourrait isoler les uns des autres les enfants atteints des diverses complications de la rougeole. Les statisques, prises dans les différents hôpitaux, montrent en effet que l'isolement en masse des rougeoles augmente le chiffre de la mortalité et que celui-ci s'est abaissé considérablement dans les hôpitaux où ces conditions sont mises en pratique. Enfin nous terminerons en parlant d'un traitement qui nous a donné de bons résultats, le traitement par les bains chauds, inauguré par le professeur Renault. Employé pour lutter contre la broncho-pneumonie déclarée, il a abaissé le taux de la mortalité. Donnés préventivement à des enfants atteints de rougeole simple pour tâcher de leur éviter cette complication redoutable, les bains chauds ont en effet diminué la fréquence de celle-ci et amoindri sa gravité chez les enfants qui en ont été néanmoins atteints.

M. Rendu. Il faut établir une distinction entre les rougeoles hospitalières, toujours graves à cause de l'infection broncho-pneumonique qui règne dans ce milieu, et les rougeoles à la ville, pour ainsi dire toujours bénignes.

M. Bucquoy fait remarquer que la rougeole qui se multiplie dans une famille devient plus sérieuse à mesure que les transmissions sont plus nombreuses et que l'on approche de la fin de cette épidémie locale.

**Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx.** — MM. E. Jeanselme et Laurens. Cette étude a pour base l'examen de 25 lépreux. Sur ce nombre, 15 avaient des lésions des fosses nasales, de la bouche, de la gorge et du larynx directement imputables à la lèpre. Ces régions sont donc atteintes dans 60 pour 100 des cas. Mais cette statistique ne concerne que les formes tégumentaires ou mixtes et non la forme nerveuse.

Un enchifrènement persistant, une accumulation de croûtes obstruant les narines, quelques épistaxis, bref un coryza chronique banal, telle est souvent la première manifestation extérieure de la lèpre. Cette précocité de la rhinite lépreuse nous porte à penser que le bacille de Hansen pénètre souvent dans l'organisme à la faveur d'une érosion insignifiante de la pituitaire.

Parmi les signes de la lèpre nasale, celui qui prime tous les autres, c'est l'épistaxis. Celle-ci peut avoir l'importance d'un signe révélateur, au même titre que l'hémoptysie dite prémonitoire de la tuberculose pulmonaire. Les progrès du catarrhe nasal modifient peu à peu la configuration du nez. Quand le cartilage de la cloison cède, deux déformations peuvent se produire : ou bien le nez se busque, ou bien il prend la disposition dite en lorgnette.

Digitized by Google

L'examen rhinoscopique rend compte des troubles fonctionnels et des autres signes de la rhinite lépreuse. La pituitaire est turgescente, érodée et tuméfiée au niveau du segment inférieur de la cloison. Le plus léger attouchement avec le stylet sur cette zone hémorragipare provoque un écoulement sanguin. Plus tard, le cartilage diminue de consistance et la perforation est imminente. Celle-ci se forme à l'insu du malade ; elle occupe la partie inférieure de la cloison ; elle est circulaire ou elliptique et toujours très régulière. Quand la perforation est récente, le bord libre est épais, calleux et saigne facilement. Quand elle est ancienne, le pourtour est tranchant, la muqueuse est amincie, pâle ou cicatricielle ou bien elle semble normale comme au niveau d'un orifice physiologique. Outre le coryza lépreux, on constate souvent sur la pituitaire de nombreux tubercules.

L'olfaction persiste toujours sans modifications notables. Il n'en est pas de même de la sensibilité générale. Ici, comme au niveau du tégument externe, l'anesthésie s'observe dans deux circonstances différentes. Elle peut être superposée aux tubercules ou être indépendante de toute manifestation éruptive. Souvent la muqueuse de la cloison, dans toute sa hauteur (et par conséquent dans des points qui ne sont nullement altérés), est tout à fait insensible. La sensibilité thermique est toujours plus intéressée que la sensibilité tactile.

L'examen bactériologique des sécrétions nasales nous a fourni des données qui intéressent à la fois la séméiotique et la prophylaxie. Dans le muco-pus de la rhinite lépreuse, comme dans le sang des épistaxis, on peut trouver le bacille de Hansen. Sur 10 sujets nous avons réussi à déceler, dès le premier examen, le bacille spécifique dans 6 cas. Certaines cellules étaient littéralement comblées par des microorganismes ayant les caractères morphologiques et micro-chimiques du bacille de la lèpre. Chez d'autres sujets, les bacilles étaient extra-cellulaires et disséminés dans la préparation, mais ils étaient toujours agglutinés en grand nombre, de manière à former des buissons ou des boules épineuses. Cette disposition doit être retenue, car cette intrication permet d'affirmer, sans recourir à l'inoculation expérimentale, qu'il s'agit bien du bacille de la lèpre et non pas du bacille de la tuberculose.

Comme le coryza et les épistaxis sont souvent parmi les premiers symptômes de la lèpre, il est présumable que l'on pourrait, dès la période initiale, établir le diagnostic par l'examen bactériologique.

Mais la notion la plus importante qui découle de ces recherches, c'est que le mucus nasal des lépreux est d'une très grande virulence et nous ne croyons pas aller au delà des inductions permises en affirmant que la rhinite est l'une des sources les plus efficaces de la propagation de la lèpre.

Les altérations de la langue, de la voûte palatine, de la gorge et du larynx peuvent simuler, à s'y méprendre, les manifestations de la période secondaire ou de la période tertiaire de la syphilis. Mais l'adjonction de l'anesthésie permet d'affirmer la lèpre, alors même qu'on serait réduit au seul examen des muqueuses pour porter le diagnostic.

**Ictère méthémoglobinhémique d'origine toxique.** — MM. Hayem et Ghika rapportent un cas d'empoisonnement par une substance méthémoglobinhisante, prise dans le but de provoquer un avortement. La substance ingérée a amené une destruction rapide des globules rouges avec transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Il en résulta un ictère hématique brun cuivré, intense, avec néphrite aiguë et anurie presque complète. Au bout de quelques jours, par suite de la transformation par le foie de la méthémoglobine et de l'hémoglobine dissoute en bilirubine est survenu un ictère biliaire vrai ; mais la mort arriva par urémie avant que la transformation de la méthémoglobine en bilirubine ait été complète.

Il a été impossible de déterminer la nature de la substance méthémoglobinisante ingérée par la malade. A l'autopsie, on trouva les tubes du rein obstrués par le pigment sanguin. Le foie ne présentait aucune lésion appréciable, à part une surcharge de pigment biliaire.

**Lésions de la moelle et du cerveau chez un amputé.** — M. Ballet a pratiqué l'autopsie d'un homme amputé de la cuisse trois ans auparavant. Il trouva une atrophie en masse de la moelle du côté correspondant à l'amputation ; contrairement à toute attente, il ne constata aucune lésion des cellules des cornes de la moelle de la région lombaire de ce côté, ni aucune altération des cellules de Betz du lobule paracentral.

**Empyème pulsatif guéri par une seule ponction.** — M. Béclère présente un homme, qui, il y a trois ans, était atteint de pleurésie purulente gauche pulsatile avec déviation du cœur à droite, sans pneumothorax. Il pratiqua alors une seule ponction qui donna issue à plus d'un litre de pus. Aujourd'hui cet homme est entièrement guéri depuis longtemps. Il conserve une légère asymétrie thoracique gauche et une symphyse pleurale épaisse. Le cœur a repris sa place. — H. Marciguby.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 28 juillet 1897*

**Paralysie traumatique du nerf cubital.** — M. Routier rend compte d'une observation de M. Julliet, dans laquelle il s'agit d'un homme de 22 ans, qui, dans une chute sur une faucille, se fit une plaie profonde à la partie postéro-interne du bras. Le membre conserva ses fonctions et sa sensibilité ; mais, deux ans après, la main correspondante faiblit progressivement, et l'on constata une main en griffe avec paralysie des muscles interosseux et de l'éminence hypothénar. Au niveau de la cicatrice existait une petite tumeur, dont la pression éveillait des douleurs sur les

Digitized by Google

filets périphériques du cubital. M. Julliet pensa que probablement il s'agissait d'un névrome ou d'un amas fibreux comprimant le cubital. Une incision, pratiquée à ce niveau, vérifia cette dernière hypothèse, en mettant à jour une gangue fibreuse qui enserrait le tronc nerveux. Celui-ci, débarrassé de la tumeur qui le comprimait, recouvra progressivement ses fonctions.

**Angiome diffus de la face guéri par l'électrolyse.** — M. Schwartz présente une jeune femme, qui vint le consulter pour une énorme tumeur érectile couvrant la moitié gauche de la face. Lorsque cette malade se baissait, l'angiome se gonflait et devenait turgescent. La tumeur était très vasculaire; il ne fallait pas songer à l'enlever sous peine d'hémorragie grave. M. Schwartz la traita par l'électrolyse et en fit 200 applications en trois ans. Aujourd'hui, la tumeur est complètement disparue et la peau a repris un aspect normal.

**Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.** — M. Quenu. La technique de cette opération, qui se rattache à deux grands procédés mentionnés par M. Segond, varie suivant les aptitudes individuelles. Quant à lui, il emploie le procédé américain, sans mettre les doigts dans le vagin, toujours difficile à désinfecter.

M. Nélaton considère le procédé de Doyen comme le meilleur, applicable au plus grand nombre de cas. Il suture le péritoine pelvien, mais fait un drainage au-dessous avec la gaze iodoformée, de façon à assurer l'écoulement des liquides.

Sur seize opérations pratiquées suivant cette méthode, il y a eu trois insuccès, l'un par choc traumatique chez une cardiaque, un autre par péritonite septique et le troisième par erreur de diagnostic; il s'agissait d'un fibrome ayant subi la dégénérescence cancéreuse.

M. Routier n'envisage que l'hystérectomie abdominale totale dans les salpingites purulentes. Il est partisan dans ce cas du drainage vaginal; mais jamais il n'a vu la péritonite provenir d'infection vaginale. Dans certains cas, il enlève l'utérus par l'abdomen, comme complément de l'extirpation du pyo-salpinx; mais cette hystérectomie ne peut être érigée en règle. De plus, il fait en masse la ligature élastique des ligaments larges pour éviter l'hémorragie.

**Fistule vésico-utérine traitée par la cystotomie sus-pubienne.** — M. Ricard fait un rapport sur une observation de M. Latouche, d'Autun. Il s'agit d'une femme de 44 ans, chez laquelle se produisit une fistule vésico-utérine après un quatorzième accouchement. Cette fistule étant inaccessible par le vagin, M. Latouche fit la cystotomie sus-pubienne et sutura la fistule au travers la vessie ouverte. Quoique cette opération ait été très laborieuse, la malade fut débarrassée de son infirmité.

M. Walther présente un homme qu'il a guéri d'une luxation ancienne de la hanche par la résection du col du fémur et restauration de la cavité cotyloïde. Aujourd'hui cet homme peut marcher et fléchir la cuisse, mais présente un raccourcissement de sept centimètres.

Les séances, interrompues pendant les vacances, reprendront le premier mercredi d'octobre. — H. M.

## REVUE DES CONGRÈS

### Congrès de Toulouse

**Formes de l'hystérie infantile** (1). — L'hystérie infantile présente les mêmes modalités que l'hystérie de l'adulte; il y a des faits d'hystérie convulsive, d'hystérie non convulsive, d'hystérie simulant des maladies plus ou moins spéciales à l'enfance.

L'hystérie convulsive de l'enfant présente le même aspect que celle de l'adulte, mais elle revêt rarement d'emblée le type complet de la grande attaque; celle-ci va se complétant avant l'âge. Le phénomène convulsif peut être atténué, limité, fruste. L'attaque survient d'ordinaire après une grande émotion morale, après une pratique intempestive d'hypnotisation, après un rêve terrifiant.

Parmi les formes limitées, il faut citer :

*Les chorées*, et on peut dire que, s'il n'est pas possible d'établir une pathogénie unique pour la chorée de Sydenham, du moins, dans beaucoup de cas, elle est une manifestation de l'hystérie infantile. Les chorées rythmées, épidémiques ou non, relèvent également de l'hystérie.

*La toux spasmodique hystérique* qui, simulant la coqueluche, une bronchite simple, occasionne si souvent des erreurs de diagnostic. Cette toux, permanente ou par accès, n'est pas quinteuse ni dyspnéisante, est très tenace, cesse pendant la nuit, guérit tout d'un coup, récidive facilement. Elle est constituée par la répétition monotone d'efforts respiratoires plus ou moins bruyants. Quelquefois, il y a des hémoptysies; et souvent, pour dépister cette hystérie monosymptomatique, il faudra se contenter des signes négatifs du côté du larynx et des voies respiratoires en général.

Le *hoquet*, le *reniflement*, le *renâclement*, faciles à reconnaître; le *bégaiement*, qui apparaît brusquement à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une crise, qui disparaît brusquement, mais qui peut exister sans autre manifestation hystérique, est un fait malheureusement pas assez connu.

La *chorée électrique* (maladie de Bergeron), avec ses secousses rythmiques et brusques, siégeant presque exclusivement a la tête, aux membres inférieurs. Ce tic à secousses rythmiques, comme l'appelle Joffroy, est de nature franchement hystérique pour beaucoup d'auteurs.

Les *pseudo-épilepsies partielles* sont rares, simulent l'épilepsie jacksonienne, mais se distinguent par l'absence de paralysie des membres convulsés et le nombre très considérable d'attaques sans déchéance cérébrale.

Parmi les faits d'hystérie non convulsive, il faut citer :

Les *paralysies* avec ou sans atrophie; assez fréquentes, mais rares dans le domaine du facial, débutant vers l'âge de 9 à 10 ans, marchant de pair avec les contractures et s'accompagnant souvent de zones anesthésiques. La forme paraplégique est fréquente, mais elle est vraie ou fausse et peut remplacer une incontinence d'urine hystérique.

Les *contractures* constituent une forme précoce et fréquente de l'hystérie infantile et prennent facilement le masque de lésions organiques, de tumeurs abdominales par exemple. L'épidémie de Gentilly a montré de plus que l'on pouvait observer de la tétanie hystérique.

L'*astasie abasie* caractérisée par la possibilité, pour le malade, de remuer les jambes quand il est couché ou assis, mais dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher, est fréquente dans

(1) Résumé partiel de l'excellent rapport de notre collaborateur M. le Dr Bezy, au Congrès des aliénistes de Toulouse (août 1897).

Digitized by Google

l'enfance. Elle peut être la première manifestation de l'hystérie dans le jeune âge. La guérison en est la règle.

Les *troubles digestifs* si tenaces et quelquefois si graves chez l'adulte, ne sont pas fréquents chez l'enfant. Ce sont de l'anorexie, de la gastralgie vraie, des vomissements fécaloïdes dans un cas de Rosenstein simulant un iléus, des signes pseudo-appendiculaires.

*Troubles trophiques et atrophies musculaires.* L'atrophie musculaire hystérique est admise par les neurologistes, mais est un fait rare. L'atrophie peut accompagner la contracture ; on a cité des cas d'urticaire nerveuse, assez rebelle d'ailleurs au traitement, des œdèmes des extrémités et de la face, des tumeurs angio-névrotiques à siège variable, d'un caractère fugace et fantaisiste. Il n'est pas même jusqu'aux plaques gangréneuses cutanées qui n'aient été observées.

Les *hémorragies* sont rares, on a cependant observé des hémoptysies et des hématuries.

Le *mutisme* n'est pas fréquent, avec ou sans autres troubles de la parole comme paraphasie, agraphie, alexie, il peut être précédé de vertiges. L'aphonie avec netteté de l'intelligence sont les deux signes qui permettent, par leur réunion, de faire le diagnostic.

Les *troubles circulatoires* sont des palpitations, des intermittences, des alternatives de rougeur et de pâleur, des syncopes.

Le *tremblement* est rare, siège aux membres supérieurs et est exagéré par les mouvements intentionnels.

Les *pseudo-arthrites* signalées par Le Marivel ont un aspect épidémique et s'accompagnent de zones d'hyperesthésie, de contractures.

L'*athétose* a été relatée une fois par Jasenski (de Varsovie).

Les *anesthésies et hypéresthésies* n'ont rien de spécial à l'enfant.

Les *troubles psychiques* sont intéressants : Les petits hystériques sont précoces, apprennent vite et ne retiennent pas, sont contents d'être admirés, ont des affections vives et changeantes ; sont impressionnables et jaloux, sont remuants, indécis et bizarres. Tous ces faits sont connus, mais ce qu'il importe surtout de connaître, c'est qu'ils sont des menteurs et des délirants. Il y a des menteurs par badinage, par imitation, par intérêt, par désir de nuire, par inconscience, par hallucination. Les délirants sont fréquents et le diagnostic avec l'épilepsie est difficile ; cependant, on peut dire que le délire épileptique est fait d'impulsion et de violence, le délire hystérique d'hallucinations.

*Hypnotisme, Somnambulisme, Attaques de sommeil.* L'hypnotisme est rare, le somnambulisme est fréquent. Les crises de sommeil peuvent affecter la forme de noctambulisme, de vigilambulisme, d'automatisme ambulatoire, et sont fréquentes. Le somnambulisme naturel chez l'enfant est un signe révélateur de l'hystérie, la névrose pouvant s'en tenir là ou évoluer plus tard. Le somnambulisme hystérique évolue sur le même terrain, mais la nature du terrain s'est manifestée par d'autres signes. Pendant le somnambulisme, l'enfant peut présenter de l'automatisme ambulatoire hystérique.

Parmi les faits d'hystérie simulant des affections plus ou moins spéciales à l'enfance, il faut citer :

La *pseudo-coxalgie* avec douleur superficielle très vive (signe de Brodie), boiterie apparaissant d'emblée, coexistence fréquente de contractures sur d'autres groupes musculaires. La guérison en est brusque, mais les récidives sont fréquentes. M. Bezy conseille de rechercher, dans ces cas, les arthralgies du genou qui sont utiles à connaître pour le diagnostic.

Le *pseudo-mal de Pott* est parfois assez difficile à diagnostiquer, d'autant que parfois, il y a coexistence de rachitisme vertébral.

La *pseudo-méningite* avec céphalalgies se présentant sous forme de crises, rareté de la fièvre, absence d'irrégularités du pouls, absence de la dissociation des mouvements du diaphragme et de la cage thoracique, évolution par crises et soubresauts.

La *pseudo-hémiplégie spasmodique* (Bardol). Mais, dans ces cas, les troubles trophiques ne sont pas aussi marqués que ceux consécutifs à une lésion organique, et l'impotence fonctionnelle est exagérée.

La *scoliose* succède le plus souvent au traumatisme, elle présente une déviation très étendue et est surtout lombaire ; la contracture donne au malade un cachet spécial de raideur.

L'*incontinence d'urine*, les *terreurs nocturnes* seront facilement diagnostiquées.

Les cas de *pseudo-paralysie infantile* et de *pseudo-tabes spasmodique* sont rares et sont difficilement reconnus.

Le pronostic de l'hystérie infantile peut se réduire à cette formule de Charcot : l'hystérie ne tient pas chez l'enfant, à condition qu'elle soit reconnue et traitée de bonne heure. — M. D.

## ACTUALITÉ

### La petite Suisse française de l'Avallonnais

Il y a quelques années, je faisais un voyage en Corse avec un de mes amis, et comme celui-ci, en admirant avec moi les superbes et fières beautés de ce pays, s'étonnait d'y voir un certain nombre de touristes étrangers et presque pas de Français, je lui répondis : « Au point de vue des voyages, la Corse comme certaines parties de notre pays, n'ont qu'un tort, c'est d'être en France ; car, si elles étaient situées à l'étranger, les Français y afflueraient, en vertu d'une petite manie qui les porte à aller voir de belles choses à l'étranger quand ils en ont de plus belles chez eux. Cela s'explique du reste : nous sortons si peu de chez nous, que nous voulons nous donner l'illusion du voyage, en clamant hautement que nous avons voyagé pour notre plaisir, souvent hors de nos frontières. »

Cette réflexion m'est revenue à la mémoire au sujet d'une petite brochure (1) qui montre que bien près de nous, vers le centre de notre pays, principalement dans le département de l'Yonne, se trouve une petite Suisse française, naturellement ignorée par beaucoup de nos compatriotes, et que l'on peut parcourir facilement en moins de sept jours. Il est vrai que tout cela est si pittoresque, si beau, parfois si sauvage et si grandiose, qu'on y retourne souvent, et, pour ma part il ne se passe presque pas de saison que je ne revienne voir ces sites enchanteurs. Il est difficile — dit M. Poulaine — de rencontrer dans un espace aussi restreint, tant de monuments et des paysages aussi variés. En quelques jours, on peut visiter tous les merveilles de la nature et des hommes : château de Chastellux, basilique de Vézelay, collégiales de Saint-Lazare d'Avallon, de Montréal et Chatel-Censoir, églises de Pontaubert, Saint-Père, du monastère de la Pierre-qui-Vire ; paysages superbes et parfois grandioses de la vallée du Cousin (autour d'Avallon), de Pierre-Perthuis, de Vautenay, grottes d'Arcy-sur-Cure dont la longueur atteint presque un kilomètre,, grottes de Saint-Moré, camp romain de Chora, lac

(1) Guide du touriste dans l'Avallonnais, par F. Poulaine. Brochure de 102 pages à 1 fr. 25. Auxerre (Yonne) 14, rue d'Egleny.

Digitized by Google

des Settons d'un périmètre de 16 kil. 1/2 où Charcot aimait à venir. « C'est bien — ajoute Poulaine — une gentille et mignonne Suisse qui se révèle au sein d'une contrée, où rien n'annonce, en arrivant de la gare d'Avallon, les beautés de la montagne. » Tous ces monuments vantés par Viollet-le-Duc, tous ces paysages superbes admirés par Mérimée et Vallery-Radot, reproduits déjà par les peintres et par Guillon, visités chaque année par nombre d'Anglais, d'Américains et de Russes, méritent d'être connus par les Français. Voilà un *voyage de vacances*, agréable et facile à faire à peu de frais, en voiture, en chemin de fer ou à bicyclette.

Nous avons déjà dit dans ce journal (n° 29 du 17 juillet, page 457) combien la France est riche en « cures d'altitude » que l'on va chercher bien loin quand elles sont à nos portes, et nous sommes heureux de démontrer aux lecteurs qu'elle n'est pas moins riche en séjours à la fois enchanteurs et instructifs. — H. Huchard.

## BIBLIOGRAPHIE

**Cure marine de la phtisie militaire**, par le Dr F. Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de Biologie (Masson, éditeur).

Trois grands chapitres se divisent cet ouvrage. Le premier est consacré à l'étude du milieu *(climatologie)*; le second étudie l'action de ce milieu sur l'organisme *(climatophysiologie)*; le troisième énumère ses effets dans la phtisie pulmonaire *(climathérapie)*. La cure marine est établie par la valeur indéniable de son climat; le sol et les forêts que celui-ci peut comporter aident son action, et il résulte des développements dans lesquels entre l'auteur que les avantages du voisinage de l'Atlantique se doublent, pour la bande littorale girondine et landaise, des avantages de la présence d'une vaste forêt de pins maritimes : la climathérapie y trouvant à la fois les ressources d'une cure maritime et forestière. Le Dr Lalesque pose les principes de la cure climatérique qu'il préconise; il nous parle de la cure libre, de son rôle, de sa portée morale, comparée à la cure fermée; des avantages du séjour sur l'océan et de ses inconvénients; de la cure du repos, de ses indications et de ses résultats. Tout y est pesé, étudié à fond et ne laisse place à la moindre critique. La cure d'air y est surtout traitée dans tous ses détails.

**Les Déséquilibrés du ventre**, par le Dr Monteuuis (de Dunkerque). — Sous ce titre, l'auteur publie une étude aussi intéressante que pratique, avec la recommandation qui s'attache à une deuxième édition et la consécration de la valeur de son ouvrage par la presse étrangère. L'accueil que cet ouvrage a reçu du public médical tient à ce qu'il est le premier, et, aujourd'hui encore, le seul travail traitant de l'entéroptose qui s'adresse particulièrement aux médecins praticiens. Ils le liront certainement avec intérêt et féliciteront l'auteur de ce travail très consciencieux que nous avons déjà présenté à nos lecteurs et dont nous avons prédit le succès dès l'apparition de la première édition, succès justifié par les services qu'il est appelé à rendre au médecin dans sa clientèle journalière. Dans ce travail, en effet, le Dr Monteuuis se place tellement sur le terrain de la pratique qu'il consacre le tiers de l'ouvrage à exposer le traitement purement médical de l'entéroptose et à développer ce qu'il appelle le trépied thérapeutique, à savoir : la ceinture, le traitement pharmaceutique (laxatif et alcalin) et le régime. — R. D.

**La thérapeutique des vieux maîtres**, par Ch. Fiessinger, correspondant de l'Académie de médecine (2e édit. 1897, Société d'éditions scientifiques).

Dans notre compte rendu de l'an dernier, nous avions prédit un grand et légitime succès à ce livre remarquable, écrit par un de nos collaborateurs les plus instruits et distingués. La seconde édition qui vient de paraître, augmentée des biographies de Léonard Fuchs, Guy Patin, Van Swieten et Laennec, sera lue avec un nouvel intérêt par tous ceux qui pensent avec nous que les enseignements ou les erreurs du passé ont une grande influence sur la médecine du présent et de l'avenir. — H. H.

**Aide-mémoire de chirurgie militaire**, par Coustan, médecin-major des hôpitaux militaires. (Baillère, éditeur).

L'*Aide-mémoire de chirurgie militaire*, qui vient de paraître, traite des maladies externes et des traumatismes professionnels en temps de paix. Le premier chapitre est consacré aux maladies de l'appareil locomoteur occasionnées ou aggravées par la chaussure, la fatigue et les efforts; le deuxième chapitre, aux maladies de l'appareil circulatoire et digestif (varices, hernies, etc.). Viennent ensuite les maladies des yeux et des oreilles, les maladies cutanées, les accidents des plaies, les piqûres d'animaux, les accidents causés par les causes météoriques (insolation, fractures, brûlures, etc.), enfin les accidents allégués ou provoqués par le soldat.

Dans la 2e partie *(traumatismes professionnels)*, M. Coustan passe en revue les divers facteurs traumatiques : armes, cheval, gymnastique, etc., puis les divers traumatismes professionnels.

Le *Manuel du médecin militaire* sera complété à très bref délai par un *Aide-mémoire de chirurgie de guerre*.

Nous avons déjà présenté à nos lecteurs l'*Aide-mémoire de médecine militaire* par le même auteur.

**Les Cures thermales**, par G. Delfau, ancien interne des hôpitaux de Paris. — A la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique. (Masson et Ce, éditeurs.)

Dans un précédent volume de cette bibliothèque, M. Delfau avait décrit les localités thermales; il lui restait à étudier les cures thermales. Dans ce volume, l'auteur examine d'abord en détail les éléments des cures thermales : la boisson, les bains, les douches, les inhalations,... aux points de vue particulièrement de leur mode d'emploi, de leurs actions physiologiques et de leurs effets thérapeutiques. Il envisage ensuite les agents des cures thermales, c'est-à-dire les eaux minérales, successivement dans leur ensemble, puis dans les groupes établis d'après leurs propriétés médicales consacrées par la clinique. Enfin il passe en revue les maladies chroniques tributaires des eaux minérales, états chroniques généraux et affections chroniques des divers organes, et s'attache à déterminer dans quelles mesures ces états morbides si variés peuvent bénéficier d'une cure thermale et quelle est celle dont ils sont justiciables.

**Quelques observations sur l'alimentation des nouveau-nés et de l'emploi raisonné du lait stérilisé**, par Henri de Rothschild, ancien moniteur d'accouchement à la Charité, externe des hôpitaux. Un volume, chez Doin, éditeur.

Cette petite brochure, écrite en gros caractères, confirme et reproduit des idées connues et acceptées par tous. — M. D.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr F. Balzer.

## Traitement du rhumatisme blennorrhagique

Le traitement abortif de la blennorrhagie est indiqué chez tous les malades et spécialement chez ceux qui ont eu déjà une attaque de rhumatisme à l'occasion d'une blennorrhagie antérieure. Les lavages urétro-vésicaux au permanganate de potasse notamment, nous ont plusieurs fois réussi en pareil cas. Il est logique aujourd'hui d'espérer qu'avec la diffusion de plus en plus grande des méthodes de traitement local de la blennorrhagie, l'infection générale et le rhumatisme deviendront de plus en plus rares (1).

Traitement de l'urétrite. — Que l'infection générale avec ses localisations articulaires soit due seulement au gonocoque ou aux autres microbes qui peuvent l'accompagner, il faut les combattre dans leur foyer et leur point de départ dans l'urètre. Le rhumatisme peut se développer dès les premiers jours de l'urétrite. On pourra avoir recours aux injections tant que la blennorrhagie est encore cantonnée dans l'urètre antérieur. Lorsque le rhumatisme se développe pendant la période d'état ou de déclin de la blennorrhagie, l'urétrite est devenue totale, et il faut employer alors les lavages urétro-vésicaux. En cas de nécessité, ces lavages, de même que les injections, sont faits au lit du malade.

Le traitement doit être conduit avec prudence. Lorsque l'urétrite est aiguë et douloureuse, il faut se garder d'instituer un traitement local qui pourrait, en aggravant traumatiquement l'inflammation du canal, donner un nouveau coup de fouet à l'infection générale blennorrhagique et provoquer de nouvelles arthrites : le traitement interne est alors seul possible. Au contraire, comme cela arrive le plus souvent, s'il s'agit d'une urétrite à la période de déclin ou bien chronique, ou même d'une urétrite aiguë d'une intensité moyenne, il y a avantage à faire le traitement local.

Il conviendra d'essayer les lavages au permanganate de potasse avec des solutions d'abord faibles de 1/6000 à 1/4000, et progressivement plus fortes.

L'ichtiol ou l'oxycyanure de mercure qui sont peu irritants pourraient aussi être employés. Il en est de même des autres agents de traitement et des diverses méthodes qui peuvent être utilisées, suivant les indications.

Il est incontestable que le traitement local a des effets sur les manifestations éloignées de l'infection blennorrhagique. On a pu souvent constater l'amélioration ou même la guérison prompte en corrélation avec les bons effets du traitement local de l'urétrite.

(1) Nous devons recommander pour l'étude du Traitement du rhumatisme blennorrhagique la thèse d'un de nos élèves, le Dr Dézanneau (*Th. de Paris*, 1896), travail très intéressant et riche de faits et de documents.

Ce traitement, sur lequel Dézanneau a particulièrement insisté dans sa thèse, a donc une grande importance et il doit marcher de pair avec le traitement interne par les balsamiques d'une part, et, de plus, avec les diverses médications instituées spécialement pour combattre le rhumatisme blennorrhagique. Cependant il ne faut pas oublier que l'infection générale, une fois effectuée, a manifestement, dans beaucoup de cas, une évolution indépendante de celle de l'urétrite. Celle-ci peut être guérie depuis longtemps que le rhumatisme persiste toujours et présente même parfois des recrudescences fréquentes.

Traitement interne. — Les médicaments qui agissent le mieux sur l'urétrite paraissent sans action sur l'infection générale, notamment les balsamiques. Il est vrai que l'infection générale semble complexe et due à la fois au gonocoque et à des infections surajoutées, principalement aux microbes pyogènes.

Le *salicylate de soude* ne donne pas d'aussi bons résultats que dans le rhumatisme dû à d'autres causes ; il nous a paru pourtant supérieur à tous les médicaments que nous avons essayés. Nous le donnons à la dose moyenne de 4 grammes par jour et nous l'avons vu réussir dans un certain nombre de cas, et parfois rapidement. Dans ces derniers temps, le *salophène* (Muller-Darier, Béclère, Huot, etc.), a été administré contre le rhumatisme blennorrhagique, de préférence au salicylate de soude ; la dose moyenne est de 3 à 4 grammes, la dose forte de 5 à 6 grammes par jour. Quand on échoue avec ces médicaments, il faut craindre de ne pas réussir mieux avec les autres, tels que l'antipyrine, l'asaprol, le salol, la quinine, etc. L'*iodure de potassium* (3 à 5 grammes par jour) peut être essayé dans les cas chroniques, surtout lorsque l'urétrite est déjà guérie, car l'iode a quelquefois l'inconvénient d'irriter le canal. Rayer, Jullien, Morel-Lavallée ont préconisé les *mercuriaux*.

Arthrite blennorrhagique aigue. — *Traitement local.* Pendant la période aiguë, on peut *immobiliser* les jointures malades dans une gouttière convenablement garnie d'ouate ou bien simplement à l'aide d'un bandage ouaté compressif.

L'application d'un *sac de glace* rend les plus grands services dans les arthrites très douloureuses pendant la période de tuméfaction croissante de l'articulation. Il faut toujours interposer une compresse de toile ou de flanelle entre la peau et le sac de glace Le plus souvent, ce moyen donne rapidement de bons effets et procure un grand soulagement. Lorsque celui-ci est obtenu, on peut commencer à faire l'application du froid d'une manière intermittente, et bientôt la cesser tout à fait. On peut alors avoir recours aux moyens suivants également recommandables et auxquels on peut avoir recours d'emblée quand, pour des raisons diverses, on ne croit pas devoir recourir à l'application de la glace. Nous citerons comme topiques les liniments laudanisés et chloroformés, mentholés, la

Digitized by Google

pommade au gaïacol à 5 0/0, etc. Nous employons beaucoup la pommade de Bourget (de Lausanne) :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique..... | àà 10 grammes. |
| Lanoline..... | |
| Essence de térébenthine... | |
| Axonge..... | 80 — |

Cette pommade est appliquée en couche épaisse à la surface de l'articulation que l'on enveloppe ensuite d'un épais bandage ouaté compressif. Lucas-Championnière a recommandé l'onguent napolitain en couche épaisse avec un bandage compressif.

Ces divers moyens sont applicables aux cas qui nécessitent le séjour au lit et l'immobilité. Nous avons vu que l'application de la glace est un des bons moyens de traitement, mais on peut en dire autant de la *chaleur* préconisée autrefois par Lasègue, et qui est d'une grande utilité même dans la période aiguë. Depuis trois ans nous employons chaque fois que cela est possible les *bains chauds térébenthinés* dont la formule est la suivante :

| | |
|---|---|
| Emulsion aqueuse de savon noir..... | àà 100 grammes |
| Essence de térébenthine... | |

Agiter ce mélange au moment de préparer le bain.

Cette formule est celle du bain térébenthiné de Pinknay-Howard légèrement modifiée. On peut aussi émulsionner la térébenthine avec la décoction concentrée de bois de Panama, ou encore à l'aide du carbonate de soude (Smith).

La dose du mélange est en moyenne de 200 à 400 grammes pour le bain général. Il faut toujours procéder graduellement et tâter la susceptibilité de la peau du malade pour l'essence de térébenthine. Certains malades ont supporté jusqu'à 600 et même 800 grammes de mélange dans un grand bain. Le bain général est donné à une haute température à laquelle on habitue progressivement le malade. Pourtant nous ne dépasserons pas 40°, bien que nous ayons vu certains malades supporter facilement 45°, à la condition de rester immobiles dans l'eau. Les bains généraux sont indiqués dans le cas de rhumatisme polyarticulaire ou les jointures prises sont éloignées les unes des autres, et lorsque le bain local ne peut leur être applicable, par exemple, pour les articulations de l'épaule, du cou, de la hanche, etc,

Ces bains déterminent une vive rougeur de la peau avec une cuisson qui est surtout accentuée à la peau des organes génitaux, au scrotum. Ce petit inconvénient est notablement atténué en enduisant cette région cutanée avec un peu de vaseline. Les bains généraux peuvent être commencés de bonne heure, dès que le malade n'est plus dans la nécessité d'être immobilisé. L'amélioration qu'ils produisent se manifeste après chaque bain, et elle devient souvent définitive après un très petit nombre de bains. Dans d'autres cas, il faut les continuer pendant longtemps, mais nous ne les avons jamais vus présenter le moindre inconvénient. La durée du bain général est d'une demi-heure environ; les bains locaux peuvent durer une demi-heure ou une heure suivant la tolérance particulière de chaque malade.

*Les bains locaux* s'emploient dans les rhumatismes blennorrhagiques des membres, pour les articulations qui se prêtent à ce traitement : poignet, coude, cou-de-pied, genou, etc. La température de ce bain peut être portée très haut à 45°, à 50° et même au-dessus. Le dosage du mélange térébenthiné peut être également très fort, atteindre le double proportionnellement de ce qui est employé pour le bain général, en procédant graduellement. Ces bains locaux peuvent être donnés simplement dans une cuvette pour la main et le poignet, dans une poissonnière pour le coude. Pour le membre inférieur nous avons fait construire un bain de pieds en tôle un peu élevé, dans lequel le membre est immergé jusqu'à la partie supérieure de la cuisse : on peut y faire baigner un seul membre ou les deux membres inférieurs. Pour les arthrites du genou et de la hanche, on peut encore faire prendre le bain térébenthiné très chaud dans une baignoire à moitié remplie dans laquelle le malade se tient assis.

On comprend, que dans bon nombre de cas, l'acuité des douleurs s'oppose à ce que ce traitement soit commencé pendant la période aiguë, le malade est trop abattu par la fièvre et les souffrances pour qu'on puisse lui imposer les déplacement que nécessitent les bains.

Pour les articulations il vaut mieux habituellement recourir d'abord à l'immobilisation et aux moyens de soulagement que nous avons indiqués. Quand les phénomènes aigus sont calmés. il faut commencer le plus tôt possible à donner les bains térébenthinés. Les bains ne conviennent guère au début pour les articulations telles que la hanche, le genou, l'épaule. Pour les articulations telles que le poignet, le coude, le cou-de-pied, on peut donner le bain local très chaud, même pendant la période aiguë.

Ces bains térébenthinés agissent en élevant la température dans la région affectée, de plus l'essence de térébenthine exerce une action révulsive énergique. Au sortir du bain, la peau est rouge et souvent même notablement tuméfiée. Le malade ressent habituellement un soulagement qui se prolonge plusieurs heures après le bain. La peau conserve encore pendant longtemps l'odeur de la térébenthine ; on la retrouve dans l'urine longtemps après le bain. Il est vraisemblable que l'action balsamique de la térébenthine s'exerce dans une certaine mesure par l'absorption qui se fait non seulement par la respiration, mais aussi par la peau échauffée par le bain et par les propriétés irritantes de l'essence.

Par l'emploi combiné de ces divers moyens le rhumatisme blennorrhagique mono ou polyarticulaire peut guérir assez rapidement. Il faut se garder de croire trop tôt à la guérison et continuer à la fois le traitement du rhuma-

Digitized by Google

tisme et le traitement de l'urétrite, jusqu'à ce qu'il semble qu'on n'ait plus à craindre de rechute. Nous devons dire ici pourtant que le rhumatisme n'est pas toujours associé à l'urétrite. Il peut guérir avant celle-ci, et, d'autre part, il est certain que l'infection générale, une fois effectuée, a manifestement, dans beaucoup de cas, une évolution indépendante de celle de l'urétrite blennorrhagique. Celle-ci peut être depuis longtemps guérie que le rhumatisme persiste toujours et présente même des recrudescences.

Rhumatisme blennorrhagique chronique. — Dans un certain nombre de cas la guérison se fait attendre longtemps; l'arthrite devient chronique, soit à l'état d'hydrarthrose, soit à l'état d'arthrite et de périarthrite chronique fréquemment accompagnées d'atrophie musculaire. Souvent encore, bien qu'il n'y ait pas de déformation articulaire, les douleurs persistent dans l'articulation ou dans les tissus voisins, tendineux, musculaires, sur le trajet des nerfs, etc... Cet état peut persister chez certains malades pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années.

A notre avis, un certain nombre de cas de rhumatisme blennorrhagique arrivent ainsi à l'état chronique, parce qu'ils n'ont pas été suffisamment traités pendant l'état aigu, parce qu'on a négligé l'urétrite et parce qu'on a prolongé l'immobilisation complète trop longtemps. Ces cas d'arthrite blennorrhagique ankylosante sont l'extrême exception, quand ces fautes sont évitées. Depuis 1890, sur un total de près de deux cents cas de rhumatisme blennorrhagique, traités à l'hôpital Ricord, nous n'avons pas observé un seul cas d'ankylose.

Ce n'est que dans le cas de douleurs extrêmement vives, intolérables, que nous pratiquons l'immobilisation dans une gouttière, et seulement pour quelques jours. Nous appliquons ordinairement un simple bandage ouaté, modérément serré et, dès que l'intensité des douleurs le permet, le malade peut se mouvoir d'abord pour prendre ses bains, puis pour se lever au moment des repas.

Lorsqu'on voit l'arthrite menacer de passer à l'état chronique, on essaie de *la révulsion* et du *massage*. Celui-ci sera pratiqué avec des séances régulières que l'on pourra associer à *l'électrisation* en agissant à la fois sur la jointure et sur les masses musculaires. Pour la révulsion, on peut employer de préférence *les pointes de feu*, les badigeonnages de teinture d'iode. Pas de vésicatoires, qui peuvent avoir une action fâcheuse sur les voies urinaires. Les bains térébenthinés généraux ou locaux, donnés à une haute température rendent les plus grands services. Nous avons vu souvent des manifestations articulaires anciennes céder à l'administration d'une dizaine de bains térébenthinés. Ils donnent de bons résultats non seulement dans le rhumatisme articulaire, mais aussi dans les autres localisations de l'infection blennorrhagique, dans les synovites tendineuses, dans la talalgie (Jacquet), dans les névralgies diverses, notamment dans la sciatique, etc. On peut combiner leur emploi avec la mobilisation progressive et avec le massage. Il faut insister sur ces moyens dans les cas où l'articulation malade a été immobilisée longtemps et dans lesquels on peut craindre l'ankylose.

On recommande aussi pour le rhumatisme chonique les bains de vapeurs thermo-résineuses obtenues avec le pin mugho, les bains de vapeur simples, les douches de vapeur, les douches chaudes sulfureuses et térébenthinées.

Dans quelques cas chroniques, nous avons récemment employé avec succès l'enveloppement des jointures malades avec des *sacs de toile allongés et remplis de sable chauffé*. Ce sable peut être porté à de très hautes températures, jusqu'à 80° et 90°.

Nous enroulons ces sacs autour de l'articulation en les séparant seulement de la peau à l'aide de compresses de toile, d'une flanelle ou d'un mince bandage ouaté. Dans ces conditions, on est étonné de pouvoir utiliser facilement des températures aussi élevées. Il semble que le sable ainsi chauffé agisse à la manière du bain d'air chaud. Ce moyen détermine une très vive sudation, mais, bien qu'il nous ait donné des résultats assez satisfaisants, nous croyons que les bains térébenthinés ont une efficacité supérieure (1).

Enfin, lorsque cela est possible, on peut conseiller aux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique chronique les stations d'eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques : Aix en Savoie, Luchon, Cauterets, Ax, Dax, Bourbon-l'Archambault, Salins, Salies-de-Béarn, etc., etc. Le traitement par les eaux thermales convient surtout aux rhumatismes qui persistent après la guérison définitive de l'urétrite.

Traitement chirurgical. — Dans les cas d'*hydrarthrose* rebelle avec épanchement considérable, on a recommandé *la compression* méthodique. On peut employer pour cela des appareils ouatés, notamment l'appareil de Lucas-Championnière, dont nous avons parlé plus haut et avec lequel on peut faire une compression bien réglée. Rendu et Filippi ont fait la compression temporaire à l'aide d'une bande de caoutchouc modérément serrée, que le malade peut enlever dès que la circulation paraît gênée. Les divers modes de révulsion peuvent être combinés avec la compression.

Quand il s'agit d'un *épanchement purulent* on peut en reconnaître parfois la nature à l'aide *de la ponction exploratrice*. Le gonocoque a été rencontré dans plusieurs cas, et le pronostic est plus bénin si l'arthrite est purement gonococcique. Dans certains cas, on peut procéder simplement à l'aspiration du liquide épanché. Rendu a injecté

(1) Nous ne pouvons que mentionner ici les bons résultats que l'on a obtenus des bains locaux d'air chaud donnés avec l'appareil de Tallerman-Sheffield. Nous n'avons pas eu occasion de les essayer, mais leur emploi nous semble tout à fait logique dans le rhumatisme blennorrhagique (Voir l'article d'Ed. Chrétien, *Presse médicale*, n° 106, 26 décembre 1896). Les essais tentés dans les hôpitaux ont été très favorables.

Digitized by Google

dans plusieurs cas, à l'aide de l'aiguille qui a servi à l'aspiration du liquide, cinq à six centimètres cubes d'une solution du sublimé à 1/4000. La piqûre est oblitérée avec le collodion et on immobilise le membre dans une gouttière avec un bandage compressif. L'articulation se gonfle de nouveau, mais cet épanchement se résorbe rapidement, les douleurs cessent et les mouvements redeviennent possibles. Cette opération a donné d'excellents résultats dans notre service, dans un cas d'arthrite purulente du genou dans lequel la ponction capillaire aspiratrice fut pratiquée par M. Mermet.

Dans les cas graves où interviennent non seulement le gonocoque, mais aussi les microbes pyogènes, l'*arthrotomie* peut devenir nécessaire. Si la nature de l'arthrite est bien reconnue, il vaut mieux avoir recours à l'opération le plus tôt possible, ouvrir largement l'articulation, la débarrasser de la suppuration par un lavage antiseptique, établir au besoin le drainage et faire l'occlusion avec un appareil ouaté.

Dans certains cas, les lésions articulaires et osseuses peuvent être telles que la résection soit formellement indiquée.

Les opérations chirurgicales et notamment l'arthrotomie devaient donner et ont donné, en effet, de beaux résultats. La suppuration articulaire les indique absolument; elles sont discutables dans les autres cas, et les *arthrotomies précoces* résolument conseillées et pratiquées dans ces derniers temps ne nous semblent vraiment indiquées que dans peu de circonstances. Nous les avons vues parfois suivies de guérisons très incomplètes. Il ne faut pas oublier que l'arthrite n'est qu'une localisation de l'infection générale blennorrhagique, qui peut persister longtemps même après la guérison de l'urétrite. Elle peut se manifester de nouveau sur l'articulation déjà prise, même après un succès opératoire complet. Nous en avons signalé deux exemples et on peut en trouver d'autres même dans les travaux des partisans de l'arthrotomie précoce. Cette opération, on le comprend d'ailleurs, ne remédie qu'imparfaitement à une affection qui atteint non seulement les surfaces articulaires, mais encore le tissu osseux lui-même.

En résumé, l'intervention chirurgicale n'a qu'un but, parer aux danger que crée la suppuration d'une articulation, ici l'indication d'opérer est formelle. Elle est à discuter encore dans certaines arthrites, même non suppurées, qui, par leur intensité, leur marche envahissante dans les tissus osseux et péri-articulaires menacent gravement l'intégrité et le fonctionnement ultérieur de l'articulation. Mais, dans la très grande majorité des cas, la temporisation s'impose. Il ne faut pas oublier qu'une opération ne peut remédier à une infection générale ; de plus, en traitant à la fois l'urétrite et le rhumatisme avec persévérance à l'aide des moyens indiqués plus haut, on obtiendra presque toujours la guérison.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Le traitement chirurgical de l'hallux valgus

Par le Dr P. Mermet, *ancien interne des hôpitaux*

Nous avons étudié dans un précédent article (1) le traitement orthopédique de cette difformité du gros orteil qui porte le nom d'hallux valgus ou d'orteil en équerre ; il nous reste à décrire aujourd'hui les interventions sanglantes proposées contre elle. Disons tout de suite qu'en principe tout hallux valgus non compliqué doit être traité par une opération sanglante sur le squelette ou sur les parties molles, lorsqu'il a résisté au traitement orthopédique. Cette formule, quelque brève qu'elle soit, est la conclusion des travaux les plus récents et des discussions qui ont eu lieu l'année dernière devant la Société de chirurgie.

Ces interventions s'attaquent soit au squelette, soit aux parties molles du pied ; celles-ci sont souvent complémentaires des premières et sont pratiquées simultanément. Aussi importe-t-il surtout de nous arrêter à la description de ces opérations principales.

1° Interventions sur le squelette. — Les interventions osseuses constituent pour la plupart ce qu'on est convenu d'appeler la cure radicale de l'hallux valgus. Ce n'est pas qu'elles soient infaillibles, la plus radicale des opérations, comme l'amputation du gros orteil, échoue même quelquefois, témoin un cas de M. Rémy qui fut suivi d'impotence fonctionnelle très prononcée ; elles ont simplement la prétention de s'adresser plus directement que leurs rivales à la cause même de le déformation et de supprimer plus rapidement une lésion essentiellement osseuse. De ces opérations osseuses, les unes sont partielles et consistent en résections portant sur le métatarsien ou la phalange, les autres sont totales et comprennent soit l'amputation, soit la désarticulation du gros orteil.

*A. Opérations partielles.* — Ce sont les plus importantes et celles qui constituent à proprement parler la cure radicale de l'hallux valgus. Elles s'adressent aux cas d'hallux non compliqués de lésions septiques et sont de trois sortes : *a*) le nivellement de la tête métatarsienne ; *b*) la résection cunéiforme du col du métatarsien ; *c*) la résection de la tête métatarsienne.

*a. Nivellement de la tête métatarsienne.* — C'est le procédé de choix dans les déviations légères ; il consiste à égaliser la saillie exubérante formée par la tête métatarsienne, à abraser cette exostose après s'être débarrassé de l'oignon ou bourse séreuse qui la recouvre. Voici son manuel opératoire. On circonscrit d'abord l'oignon par deux incisions légèrement courbes pratiquées sur le bord interne du pied : la supérieure, à concavité inférieure, distante de 1 cent. du tendon extenseur et en dedans de lui, commence à 2 cent. en arrière de l'oignon et finit au ni-

(1) Voir *Journal des Praticiens*, 27 février 1897.

Digitized by Google

veau de l'interligne métatarso-phalangien ; l'inférieure à concavité inverse, rejoint la première à ses deux extrémités. On dissèque ensuite le lambeau cutané elliptique, en faisant l'excision de la bourse séreuse. On incise alors le périoste qui recouvre l'exostose et on le libère à la rugine. Cette conduite nous paraît légèrement condamnable ; avec Mauclaire, nous croyons qu'en respectant le périoste, « on permet à l'os de se reproduire (même après la fin de la croissance), d'où la récidive » ; l'extirpation du périoste en ce point ne compromet en rien la nutrition de l'os, elle est bien préférable par conséquent à la simple incision et à la libération de cette membrane. Les parties molles étant incisées et excisées, on procède seulement au nivellement de la tête métatarsienne. A l'aide d'une pince coupante ou mieux de la gouge et du maillet, on abrase l'exostose jusqu'au niveau de la face interne de l'os. Certains chirurgiens, Mauclaire entre autres, ont conseillé de pratiquer simultanément l'extirpation du sésamoïde externe, car, disent-ils, c'est lui qui, en venant se loger entre les têtes des métatarsiens, détermine la latéropulsion en dedans de l'extrémité antérieure de cet os. On a proposé également de faire suivre le nivellement de l'exostose de diverses sections tendineuses intéressant les tendons extenseurs et abducteurs du gros orteil ; M. Poirier a même insisté sur la nécessité de sectionner le chef interne du pédieux. Mais, en général, ces sections tendineuses sont pour le moins inutiles quand on procède, comme nous allons l'indiquer, après l'opération à une bonne réduction et à une immobilisation de l'avant-pied dans un appareil plâtré ; nous avons vu sans elles, dans le service de notre maître, M. Schwartz, par le simple nivellement de la tête métatarsienne, des résultats vraiment remarquables, dont quelques-uns sont consignés dans la thèse de M. Boniface. Quoi qu'il en soit, une fois l'excision terminée, il ne reste plus qu'à faire l'hémostase aisée d'ailleurs, à suturer les deux lèvres de l'incision et à appliquer par dessus un pansement antiseptique léger un appareil inamovible. Celui qui rend le plus de services est une petite semelle plâtrée fixant l'avant-pied et le gros orteil en bonne position, et maintenue en place pendant une quinzaine de jours.

*b. Résection du col du métatarsien.* — Cette opération a fait son apparition en 1881 au Congrès médical international de Londres avec Reverdin. Conseillée chaudement par lui et par Quévedo, elle a donné de meilleurs résultats à MM. Monod, Jalaguier, Schwartz, Rémy ; à l'étranger Barker et Hoffa proclament sa supériorité.

Elle est indiquée le plus souvent dans ces cas intermédiaires où le nivellement de l'exostose est insuffisant et où une opération plus large telle que la résection de la tête métatarsienne est inutile. Reverdin, qui en a bien fixé le manuel opératoire, la décrit ainsi et l'exécute dans les trois temps suivants :

1° temps : l'incision est faite sur la face dorsale du premier métatarsien à 1 cm. en dedans du tendon de l'extenseur propre. D'abord rectiligne et parallèle au tendon, cette incision arrivée au niveau de la tête métatarsienne se recourbe en dedans et vient se terminer à la limite de la face dorsale et du bord interne du pied, dans le sillon qui sépare l'exostose de l'interligne articulaire.

2° temps : Le périoste incisé du même coup est détaché de l'os avec la rugine ou mieux excisé. L'exostose est ainsi complètement mise à nu par la dissection du lambeau ; un ciseau est appliqué dans le sillon de séparation de la tête et de l'exostose, d'un coup de maillet on nivelle ainsi le bord interne du pied.

3° temps ; on taille dans le métatarsien avec le ciseau un coin osseux dont la base répond à la surface osseuse mise à nu par l'ablation de l'exostose. Le trait antérieur de cette base est à 1 cm. 1/2 ou 2 cm. de la surface articulaire. Ce coin enlevé, on redresse l'orteil. Si l'extenseur propre rétracté s'y oppose, on le sectionne.

c) *Résection de la tête métatarsienne.* — Elle fut pratiquée pour la première fois par Hueter en 1870 pour un hallux valgus compliqué d'un hygroma suppuré. En 1873 Hamilton répéta pour des cas simples, non suppurés, et sans en varier la technique, l'opération de Hueter. Roux emploie ce même procédé qui, depuis, a été modifié légèrement par Blodgett, Port, MM. Monod, Jalaguier, Reynier, Isch-Wall. Ces chirurgiens l'ont adopté le plus souvent dans des cas extrêmes d'hallux, de déviations complexes, parfois accompagnées de subluxation. Voici la description qu'en a donnée Hueter, avec les modifications proposées ultérieurement : Une incision longitudinale est faite à la partie interne du pied sur la portion hypertrophiée de la tête métatarsienne allant jusqu'à l'os. On dégage ensuite les parties molles, le périoste, la gaine du tendon d'avec la surface osseuse. Dans un deuxième temps qui est celui de la résection, on peut se comporter différemment. A l'exemple de Hueter on peut décapiter le métatarsien avec la pince coupante ou la scie à chaîne et faire ainsi une section droite ; on libère ensuite la tête métatarsienne d'avec ses attaches phalangiennes. Comme MM. Monod et Jalaguier on peut sectionner l'os obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. On est quelquefois entraîné dans ces résections pour réduire la déformation à faire également des sections tendineuses, celles du fléchisseur et de l'abducteur oblique (Monod), celles du chef interne du pédieux, de l'abducteur oblique et de l'abducteur transverse (G. Marchant), et même de l'extenseur (Reynier), et même à ruginer le cartilage de la phalange, etc. ; ces temps complémentaires sont heureusement inutiles d'ordinaire.

La réduction une fois faite, le pied est immobilisé comme précédemment dans un appareil plâtré. Dans le but de prévenir les récidives, Fowler institue un traitement orthopédique post-opératoire dont le principal élément est le port d'une chaussure munie d'un compartiment spécial pour le gros orteil. La résection de la tête métatarsienne, pour si bonne qu'elle soit, a causé plu-

Digitized by Google

sieurs fois des mécomptes (Boniface). L'innocuité de cette résection, au point de vue fonctionnel de la marche, qui paraissait si absolue à Larrey et à Huguier, n'est pas réelle ; Riedel, Hoffa ont eu avec cette opération des échecs ; ils pensent qu'avec elle on affaisse la voûte plantaire et qu'on donne lieu à la production d'un pied plat. Aussi Riedel en conclut que la résection de la tête métatarsienne d'après la méthode de Hueter n'est praticable que chez les tarsalgiques. Ces déboires ont donné naissance à des variantes opératoires. C'est ainsi que M. Rémy, après avoir sectionné la tête à la pince coupante, arrondit la surface de section du premier métatarsien dans l'intention d'obtenir une néarthrose, de refaire ainsi une petite tête métatarsienne. Hamilton a également recherché cette néarthrose, tandis que M. Monod gratte la facette articulaire de la phalange pour provoquer l'ankylose osseuse (Mauclaire).

B. *Opérations totales.* — Les interventions radicales telles que l'*amputation* et la *désarticulation* sont rarement indiquées. On est loin aujourd'hui de l'opinion émise par Paulet avant l'ère antiseptique, à savoir que l'incertitude n'est plus permise dans l'hallux valgus quand l'inflammation de la bourse séreuse, située sous le durillon, donne lieu à une fistule intarissable ou que les accidents inflammatoires se sont étendus à l'articulation voisine et en ont déterminé l'inflammation. Ledran, Boyer, Dupuytren, Blandin, Gosselin, faisaient dans ces cas des amputations totales ou partielles de l'orteil ; Verneuil, sur un sujet, réséqua le premier métatarsien en conservant l'orteil. Actuellement, même dans ces cas à la limite de l'amputation, on fera bien de suivre la conduite de M. Chaput qui pratiqua la résection métatarso-phalangienne pour combattre une arthrite suppurée de cette jointure et qui guérit ainsi son malade.

2° Interventions sur les parties molles. — Nous avons négligé jusqu'ici de parler de ces dernières. C'est qu'elles donnent peu de succès employées seules, sans opérations sur le squelette, et que, dans le traitement de l'hallux valgus, leur rôle est très subordonné et leur valeur restreinte. Néanmoins, une courte mention à leur sujet est nécessaire. Les *ténotomies* ont été un instant en grande faveur; elles ont donné, isolées, des résultats déplorables.

1° La ténotomie des tendons extenseurs fut d'abord proposée par Boyer, qui lui adjoignit plus tard l'excision du tendon. Guyon et Hutchinson ont remis en honneur, il n'y a pas trente ans, la section sous-cutanée, tandis que Nélaton, au dire de Paulet, n'hésitait pas à la considérer comme le seul traitement à employer contre la déviation du gros orteil en dehors. Nous avons vu plus haut la ténotomie du tendon extenseur, conseillée notamment aujourd'hui par M. Reynier, surtout chez l'enfant, comme complément d'une intervention osseuse.

2° La ténotomie des tendons fléchisseurs a été proposée par Delpech et par Velpeau. Exécutée pour la première fois par Syme, elle fut répétée par Dieffenbach, Mellet, Malgaigne sans succès bien satisfaisants.

Voici quelle était, à son sujet, l'opinion de Paulet : « Cette opération est plus difficile à pratiquer que la section de l'extenseur, car il s'agit d'intéresser à la fois les deux tendons fléchisseurs maintenus contre la phalange par leur gaine fibreuse, tandis que le tendon extenseur est facilement abordable. Au surplus, qu'on ne s'y trompe pas, la ténotomie est incapable, par elle-même, d'amener le redressement d'un orteil dévié, seulement elle permet l'application de moyens mécaniques plus énergiques, tels que de petites attelles qui, n'exerçant sur l'orteil aucune pression douloureuse, peuvent être plus longtemps supportées ; mais encore faut-il, pour peu qu'elle puisse réussir, que les articulations ne soient ni déformées, ni ankylosées. Ses indications restent donc limitées, accessoires même. Cependant, à tout prendre, il n'y aurait pas grand inconvénient à la tenter dans les cas où elle paraîtrait praticable. » C'est ce qu'ont fait de nos jours comme complément de la résection MM. Monod, Gérard Marchant et d'autres.

La *ténopexie* fut, avec la ténotomie, employée comme procédé adjuvant. C'est M. Delbet qui l'a mise en honneur. Dans une observation, il ouvrit l'articulation métatarso-phalangienne et fit une résection partielle pour remettre la phalange dans l'axe ; la réduction ne se maintenant pas, l'irréductibilité étant due au tendon extenseur du gros orteil, M. Delbet ramena le tendon à la partie interne du métatarsien et le fixa en ce point, en lui constituant une sorte de gaine avec le périoste et le tissu fibreux voisins. La réduction fut parfaite.

Nous en avons fini avec l'exposé des procédés opératoires employés dans la cure de l'hallux valgus ; il nous reste à conclure pour que le clinicien ne s'égare pas parmi eux. Nos conclusions seront celles de Mauclaire qui résume en quelques lignes les discussions récentes de la Société de chirurgie ; les voici : tous les cas d'hallux valgus ne se ressemblent pas ; il faut d'abord commencer par le traitement orthopédique, puis, si celui-ci est insuffisant, niveler l'exostose, et faire soit l'ostéotomie du col, soit la résection de la tête, suivie de la ténotomie ou de la ténopexie, suivant les obstacles à la réduction, et suivant la manière dont celle-ci est maintenue.

## CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

### De l'œdème des membres dans le goitre exophtalmique et de son traitement

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

Il y a cinq ou six ans, un médecin de la Normandie me faisait l'honneur de solliciter mon avis sur le traitement que devait suivre une jeune femme atteinte d'œdème des membres inférieurs au cours du goitre exophtalmique : « J'ai l'intention, m'écrivait-il, de lui prescrire de l'io-

Digitized by Google

dure de sodium; ne pensez-vous pas que cet œdème soit le symptôme d'une néphrite interstitielle ? » Je dissuadai notre confrère de l'emploi de la médication iodurée, la plupart du temps nuisible dans la maladie de Basedow : la néphrite interstitielle ne se voit pas davantage que la parenchymateuse chez les basedowiens, même polyuriques et albuminuriques.

J'ai examiné récemment un goitreux exophtalmique qui, à la fin d'un traitement par la digitale pour de l'anasarque cardiaque, constata un dépôt sanguin dans ses urines. Les accidents duraient depuis un mois, quand une analyse établit que la densité des urines (2 litres par jour) était de 10,11 et qu'il y avait par litre 11 gr. 03 d'urée et 0 gr. 36 d'albumine ; mais on ne rencontre pas de débris épithéliaux des reins. Il ne s'agissait donc point d'une néphrite ; les bacilles de Koch faisaient défaut. Le dépôt sanguin était constitué par des hématies. Notre malade avait de l'hémoglobinurie survenue dans la dernière période de sa cachexie basedowienne : le perchlorure de fer, les préparations d'hémoglobine, les reconstituants n'en vinrent pas à bout, et le patient succomba trois mois après l'apparition de ce symptôme rare que l'on doit considérer comme étant d'un pronostic grave.

En définitive, il n'y a que quatre variétés d'œdème des membres dans la névrose thyro-exophtalmique : l'œdème d'origine cardiaque, l'œdème dyscrasique, l'œdème coïncidant avec de l'albuminurie (celle-ci étant indépendante de lésions parenchymateuses ou glomérulaires notoires du rein) enfin l'œdème d'origine vaso-motrice. Autant de variétés d'œdème, autant de traitements différents.

I. — L'œdème d'origine cardiaque peut être paroxystique; en voici un exemple que j'emprunte à une lettre d'un de mes clients : « Jeudi dernier, jour où mon accès ordinaire de palpitations devait prendre fin, j'ai remarqué que, au lieu de diminuer, les palpitations augmentaient en intensité et que ma respiration se faisait plus difficilement que d'habitude : j'ai eu pendant la nuit des étouffements qui m'ont empêché de dormir et les palpitations sont devenues plus violentes. Pendant la journée de vendredi, les étouffements ont été un peu moins forts ; mais, dans la nuit, ils m'ont repris pendant que mon cœur bondissait : je pouvais difficilement rester couché. Il en a été de même dans la nuit du samedi au dimanche et dans celle qui a suivi. Depuis, les palpitations ont diminué insensiblement de violence; elles sont maintenant à leur intensité ordinaire, mais elles ne m'ont cependant pas quitté depuis le 17 octobre au matin. Vendredi soir, 23 octobre, j'ai constaté que mes pieds et mes jambes étaient enflés jusqu'à la moitié du mollet. Cette enflure a disparu dans la nuit pour reparaître progressivement le lendemain, de telle sorte que le samedi soir elle était plus prononcée que la veille et arrivait jusqu'au-dessus du mollet. J'ai encore constaté cette enflure dimanche soir et lundi soir. Hier elle était à peine prononcée. Aujourd'hui elle n'existe plus. Les palpitations, l'étouffement et l'enflure ont suivi la même marche : ascendante d'abord, puis décroissante. » Debove, qui publiait en 1880 les deux premières observations d'accès d'asystolie dans le goitre exophtalmique, n'a pas mieux décrit que mon malade cet œdème aigu, paroxystique des membres inférieurs, s'établissant pendant ou après une crise d'asystolie. Seulement, dans les cas de Debove, la digitale dut être mise à contribution pour désinfiltrer les malades ; dans notre cas, la désinfiltration s'opéra spontanément, sans que le patient eût noté des urines plus abondantes. La fréquente analyse de celles-ci a révélé, c'est vrai, une forte densité (1024), mais pas d'albumine ni de sucre; il y avait 30 gr. 70 d'urée par litre. En pareille occurence, dans le cas bien établi d'œdème des membres inférieurs par asystolie, alors que l'impulsion du cœur surmené a brusquement faibli et que la tension du pouls radial — normale (ce que l'on ne sait pas assez) chez les basedowiens non asystoliques — a subitement baissé, la digitale (30 centigrammes pour une tasse de macération ou d'infusion renouvelée trois jours de suite) triomphe de l'œdème ; elle peut encore en triompher quand celui-ci, d'ordinaire plus durable, succède à des altérations organiques définitives du muscle et des valvules cardiaques et de l'aorte ; hors de là, elle doit — quoi qu'on ait dit — être bannie du traitement de la maladie de Basedow, parce que, sous prétexte de ralentir le cœur qu'elle ne ralentit pas, elle augmente (ce qui est déjà extrêmement pénible) l'impulsion, l'énergie de ses battements, et provoque dans tout le système artériel autre que celui de la carotide, qui est en vaso-dilatation active, un état de vaso-constriction sinon absolument dangereux, du moins entièrement inutile.

II. Par œdème dyscrasique des membres dans le goître exophtalmique j'entends celui qui coïncide chez bon nombre de basedowiennes avec la chlorose soit à l'époque de la puberté, soit à l'époque de l'âge critique, — ou avec l'anémie engendrée par une métrite chronique avec leucorrhée, aménorrhée ou dysménorrhée, ou consécutive à la grossesse, à l'allaitement, ou encore aux hémorragies puerpérales, dans les deux sexes à l'abus des plaisirs vénériens, aux diarrhées, aux maladies longues comme la fièvre typhoïde, les fièvres paludéennes, ou aux privations. J'ai plusieurs fois constaté que, dans cette forme étiologique du goitre exophtalmique où le pouls ne dépasse habituellement pas 100 ou 110, où le goitre pulsatile et l'exorbitisme ne sont que médiocrement développés, où, en un mot, la névrose s'offre à nous avec des caractères de torpidité, l'œdème mou des pieds, du bas de la jambe, est commun après la marche, après une promenade en voiture, ou s'installe pour plusieurs semaines aux membres inférieurs sans qu'il y ait d'albumine dans l'urine, sans que le cœur soit dilaté. Les macérations d'amers purs, le lait, puis les viandes saignantes, la viande crue seront d'abord prescrits ; s'ils ne suffisent point, on aura

Digitized by Google

recours à l'arsenic. Le fer ne sera conseillé qu'après insuccès de l'arsenic : il n'est pas nuisible, il est utile dans la variété chloro-anémique torpide dont nous parlons, à la condition qu'on se serve exclusivement du protochlorure ferreux ou du tartrate ferrico-potassique qui ont du moins l'avantage, à l'instar de l'arsenic, de ne pas exciter le cœur.

III. — L'œdème des membres n'est pas observé chaque fois que l'analyse chimique révèle de l'albumine dans les urines des basedowiens. Il n'existe jamais lorsque — comme chez beaucoup de nerveux, de préoccupés ou de surmenés — l'albumine, peu abondante du reste, n'est remarquée que pendant les périodes digestives. L'œdème ne se montre pas non plus chez les basedowiens qui émettent non seulement de l'albumine mais du sucre consécutivement à une émotion, à un mouvement de colère, ou après un paroxysme de palpitations cardio-artérielles. Chaque fois que nous avons noté l'œdème des membres chez des basedowiens excrétant de l'urine albumineuse en dehors des périodes digestives, il s'agissait de malades d'apparence cachectique — ceux-ci émaciés, au teint cireux et blafard trahissant vraisemblablement une lésion du sang ; ceux-là ayant de très mauvaises digestions gastriques et intestinales. Aucun n'avait de néphrite parenchymateuse, aucun de thrombose veineuse des membres. Or, n'a-t-on pas invoqué souvent, comme causes prochaines de l'albuminurie : chez les cachectiques, l'élimination par les reins des produits albuminoïdes du sang qui ont subi une altération chimico-moléculaire ; chez les dyspeptiques, l'élimination par la même voie de matières albuminoïdes toxiques résorbées avant d'avoir subi une complète élaboration digestive et susceptibles de créer une altération sanguine identique ? En un mot, l'œdème est, comme tout à l'heure, dyscrasique, mais justiciable : ici des reconstituants et particulièrement de l'arsenic, là des antidyspeptiques.

IV. — Rare est l'œdème d'origine purement vasomotrice. Je ne le connais que par l'observation de Cuffer (1878) relative à une femme de 30 ans dont je résume l'histoire. A l'âge de 17 ans elle eut un gonflement notable du corps thyroïde qui céda, pour ne plus reparaître, à une pommade iodurée. Trois mois avant son entrée à la Pitié elle s'aperçut que ses pieds, notamment le gauche, étaient enflés, surtout le soir. Le mois suivant les mains furent prises de la même façon et la malade ressentit de vives démangeaisons avec chaleur intense et sensation de battements très marqués dans toute la région palmaire.

En même temps apparut une céphalalgie persistante, plus vive à gauche ; l'œil gauche devint facilement rouge, plein de larmes, et la paupière se tuméfia. Enfin la malade éprouva fréquemment dans tout le côté gauche des bouffées de chaleur avec sueurs ; la raie méningitique se montrait avec une grande rapidité de ce côté et une éruption papulo-érythémateuse s'était fixée dans la région dorsale gauche. En l'absence d'albumine dans l'urine et de bruit de galop au cœur, Peter diagnostiqua chez cette femme très impressionnable un début de maladie de Basedow, sans goitre ni exophtalmie, avec palpitations et troubles vaso-moteurs prédominants du côté gauche (envisageant comme tels les suffusions séreuses des membres). En ce cas l'hydrothérapie et la galvanisation alternée avec la faradisation feront les frais du traitement.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Le goitre exophtalmique chez l'enfant.** — La maladie de Parry-Graves présente quelques particularités chez l'enfant. D'abord elle est rare, et depuis une cinquantaine d'années on n'en a publié que 47 observations, dont 33 concernant des filles et 14 des garçons. D'après M. Steiner, la tachycardie est constante, mais, contrairement à ce qu'on attendrait, elle n'atteint jamais de chiffre très élevé : le cœur reste à 100, 120 pulsations ; mais l'impulsion cardiaque est forte, quoique moins pénible pour le petit malade que ne le sont les palpitations pour le basedovien adulte. Les battements artériels existent toujours.

L'hypertrophie du corps thyroïde ne manque jamais ; chez un quart des malades, elle constitue le symptôme initial, et la glande s'hypertrophie très rapidement, mais sans jamais atteindre de développement considérable. Souvent, les deux lobes sont inégaux ; la surface est bosselée et la consistance est molle.

Si l'exophtalmie est inconstante à l'âge adulte, elle l'est encore plus dans l'enfance. Les autres symptômes oculaires, douleurs retrobulbaires, signe de Graefe, etc., font toujours défaut. *(Wiener med. Blœtter.)*

Le tremblement vibratoire se voit rarement. Par contre, chez un cinquième des petits patients, on constate un tremblement choréiforme (Kahler) qui, d'après certains auteurs (Dusch, Moebius, Dahler), serait de nature hystérique et résulterait d'une association de la maladie de Basedow avec l'hystérie. Souvent, on constate d'autres manifestations imputables à cette névrose.

Les troubles digestifs sont moins fréquents chez l'enfant que chez l'adulte ; il n'y a qu'un tiers atteint de diarrhée.

L'état mental est souvent modifié : des enfants calmes d'habitude deviennent inquiets, peureux, querelleurs et menteurs ; le sommeil est agité ; ils ne peuvent rester à aucune occupation ni à aucun jeu (chorée des idées). Les nerfs vasomoteurs sont très irritables : tantôt on note une pâleur excessive, qui fait place à des bouffées de chaleur, à des taches rouges, etc.

Les crises d'amaigrissement surviennent comme chez les adultes et sont d'habitude en rapport avec une aggravation de tout l'état. — Bd.

**Deux cas de métrorrhagies paludéennes traités par des vésicatoires sur la région hépatique.** — Le docteur Bogdan (de Jassy) rapporte (*Méd. orientale*) l'histoire de deux malades atteintes de métrorrhagies graves, ayant résisté à tous les traitements employés, et qui furent arrêtées par l'application d'un vésicatoire au niveau du foie. Il faut rapprocher de ces observations celles de M. le professeur Verneuil, qui, dans un cas d'épistaxis rebelle, eut recours à un moyen identique avec succès ; d'autre part, le professeur Courty (de Montpellier) cite, parmi les révulsifs capables d'arrêter les hémorragies utérines, les vésicatoires, sans indiquer, toutefois, l'endroit où l'on doit les appliquer,

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

### Arythmie du cœur chez les enfants (1)

Par M. le Dr Comby
*Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades*

Le rythme cardiaque physiologique est composé de pulsations égales en force, en durée, séparées par des intervalles identiques. Le pouls présente alors une régularité parfaite, et l'on compte une série de battements plus ou moins précipités, suivant les cas, mais non arythmiques. Dans l'état de santé, ces battements sont au nombre de 100, 90, 80, 70, suivant l'âge des enfants.

Quand le pouls est rapide, il n'est pas arythmique, *tachycardie* et *arythmie* ne vont pas ensemble ; c'est dans les cas de ralentissement qu'on observe surtout l'arythmie.

Que se passe-t-il par exemple dans la méningite tuberculeuse, cette maladie qui trouble si profondément le rythme cardiaque ? A la phase fébrile et tachycardique, l'arythmie n'existe pas ; elle est des plus manifestes au contraire quand la température baisse et quand le pouls se ralentit. C'est alors qu'elle prend toute sa valeur.

Mais je laisserai de côté les maladies cérébrales et les maladies cardiaques bien connues comme causes habituelles de l'arythmie, et je vais passer en revue les nombreuses circonstances, étrangères à ces maladies, qui peuvent troubler le rythme du cœur.

I. *Arythmie des enfants bien portants.* — Il faut qu'on sache bien que les enfants de tout âge, bien portants, sans tare morbide, sans maladie latente ou manifeste, peuvent présenter une arythmie passagère ou intermittente, mais très notable, comparable par ses caractères à l'arythmie des maladies cérébrales.

II. *Arythmie par intoxication exogène.* — Les médicaments tels que l'opium, le chloroforme, la digitale, la belladone, la jusquiame, le datura, etc., peuvent rendre le pouls irrégulier et lent. Chez des enfants que j'avais endormis par le chloroforme, pour l'opération de la circoncision, j'ai noté la lenteur et l'irrégularité du pouls au réveil. Chez d'autres, auxquels j'avais donné d'assez fortes doses de digitale, même arythmie. Dans tous ces cas, il suffit de suspendre l'usage des médicaments pour faire cesser l'arythmie. L'asphyxie oxy-carbonée produit très rapidement l'irrégularité du pouls.

III. *Arythmie par auto-intoxication.* — Dans tous les troubles digestifs (diarrhée, constipation, dyspepsie, indigestion, embarras gastrique, etc.), on peut constater l'arythmie cardiaque ; quelquefois cette arythmie est accompagnée de céphalalgie, de vomissements, d'état nerveux inquiétant, et l'on pense à la méningite. Or, il suffit de purger les enfants, de faire l'antisepsie intestinale, pour faire évanouir l'arythmie. Le point de départ du trouble circulatoire est dans le tube digestif ; c'est là que s'élaborent les poisons qui vont influencer l'innervation du cœur.

Dans l'ictère catarrhal, l'arythmie reconnaît le même mécanisme, mais l'auto-intoxication relève du foie au lieu de dépendre de l'intestin. Dans tous ces cas, en même temps que la lenteur et l'irrégularité du pouls, on peut avoir l'abaissement de la température centrale (36°5, 36°).

IV. *Arythmie diathésique.* — Les états constitutionnels, héréditaires ou acquis, les maladies de la nutrition (obésité, diabète, chlorose, anémie, rachitisme, croissance excessive, etc.) peuvent s'accompagner d'arythmie. Cette variété est à rapprocher de la précédente, car elle peut se résumer aussi dans une auto-intoxication organique à retentissement cardiaque.

V. *Arythmie nerveuse.* — La chorée et les névroses en général troublent notablement les mouvements du cœur ; tantôt il y a accélération, tantôt ralentissement, tantôt arythmie. Dans la chorée, l'arythmie se voit surtout à la fin de la maladie, au moment du déclin de l'incoordination motrice ; elle est des plus marquées, et elle n'indique pas forcément une lésion de l'endocarde. J'ai très souvent constaté l'arythmie chez des choréiques qui n'avaient aucun souffle au cœur.

VI. *Arythmie de convalescence.* — La plupart des maladies aigues fébriles entraînent, au moment de la défervescence, une arythmie des plus nettes et souvent assez durable. On est frappé alors de voir, après la tachycardie de la période pyrétique, un ralentissement considérable du pouls avec irrégularité manifeste. Cette arythmie s'observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la grippe, de l'érysipèle, des fièvres éruptives, de la diphtérie, etc., etc.

Dans la fièvre typhoïde, j'ai vu le pouls tomber à 50, à 48, à 42 par minute, avec des faux pas revenant toutes les 3 ou 4 pulsations. A ce moment, le thermomètre indique un chiffre inférieur à 37, il y a hypothermie en même temps que bradycardie. L'arythmie peut durer 15 jours, 3 semaines, parfois davantage.

A la suite de la grippe, j'ai vu à plusieurs reprises l'arythmie cardiaque s'accompagner de phénomènes nerveux inquiétants, tels que délire, convulsions, état comateux ; on a pu croire à la méningite, mais la guérison rapide montrait qu'il n'y avait que du méningisme.

*Pathogénie.* — L'arythmie cardiaque est un fait bien établi ; comment se produit-elle ? Quelle en est la pathogénie ?

Tantôt l'arythmie se montre chez des enfants bien portants, et elle ne peut être attribuée qu'à un trouble fonctionnel, qu'à une action réflexe.

(1) Communication au Congrès de Moscou (août 1897).

Digitized by Google

Tantôt elle s'observe chez des enfants malades et peut dépendre soit d'un réflexe, soit d'une intoxication.

Les poisons organiques ou inorganiques charriés par le sang, dans les empoisonnements comme dans les maladies infectieuses, peuvent agir sur le cœur lui-même, sur ses ganglions, sur ses nerfs, ou bien sur les centres régulateurs des mouvements cardiaques, sur le pneumogastrique, sur le bulbe, etc. L'excitation du pneumogastrique peut se traduire par le ralentissement, la faiblesse, l'irrégularité des battements du cœur.

*Séméiologie et pronostic.* — Le plus souvent l'arythmie n'a aucune valeur séméiologique ; elle n'implique aucune maladie, aucune tare héréditaire ou acquise ; elle traduit simplement l'impressionnabilité nerveuse des jeunes sujets. Donc, aucune inquiétude à avoir en présence d'une arythmie chez un enfant d'ailleurs bien portant.

S'agit-il d'une intoxication thérapeutique (digitale, etc.), l'arythmie indique la saturation et disparaît par la suspension du médicament. Dépend-elle d'une auto-intoxication (troubles digestifs)? Elle n'entraîne pas un pronostic fâcheux et disparaît vite devant un purgatif et une antisepsie intestinale bien faite. Quant à l'arythmie de la défervescence des maladies aiguës, *arythmie critique*, elle ne troublera pas davantage l'esprit du médecin, quand il saura qu'elle est habituelle, sinon constante, et qu'elle cesse d'elle-même au bout de quelques jours.

A la suite de la diphtérie, l'arythmie, quand elle accompagne la pâleur, le refroidissement des extrémités, les lipothymies, peut faire craindre une défaillance subite du cœur, une syncope mortelle.

Dans tous les cas, il importe d'apprécier l'arythmie comme un phénomène passager et curable, et de ne pas lui accorder plus de valeur intrinsèque qu'elle n'en mérite. On a trop de tendance à la considérer comme le symptôme d'un état méningitique.

Traitement. — Dans l'immense majorité des cas, l'arythmie ne comporte aucun traitement. Que faire dans les cas d'arythmie *physiologique* découverte par hasard en prenant le pouls d'un enfant parfaitement sain ? Evidemment rien. Tout au plus doit-on considérer les enfants qui la présentent comme des nerveux, et les préserver des excitants, des agents perturbateurs des fonctions nerveuses.

Si l'arythmie dépend d'une intoxication, on supprimera cette intoxication pour y mettre un terme. Si la dyspepsie est en cause, on soignera cette dyspepsie. S'il y a des vers intestinaux, on donnera des anthelminthiques.

S'agit-il d'enfants anémiés, affaiblis, cachectiques, on les remontera par une bonne nourriture et par des médicaments reconstituants.

L'*arythmie critique* des maladies infectieuses guérit toute seule ; elle ne mérite une intervention active que dans les cas où elle se complique d'adynamie, de tendance au collapsus et d'algidité. Alors on peut faire des injections de sérum artificiel, d'éther, d'huile camphrée, de caféine, électriser le pneumogastrique et la région précordiale, employer les frictions stimulantes et les bains sinapisés, etc.

---

**Les défenses gastro-intestinales vis-à-vis des toxines** (1). — On sait qu'il existe, dans toute la longueur du tube digestif, en dehors des barrières anatomiques épithéliales, une série de défenses, salive, mucus, sucs glandulaires, acides, bile, principes aromatiques, $CO^2$, phagocytes, etc., ayant surtout action contre les bactéries vivantes ; on connaît moins les protections organisées en vue d'atténuer les effets des sécrétions microbiennes.

On sait pourtant qu'on peut introduire impunément, dans l'intestin, 10, 20 centimètres cubes d'une toxine qui, déposée dans le sang, à un demi de ces centimètres cubes ; j'ai montré que, pour ces principes d'origine parasitaire, il se passe ce qu'on observe, pour le curare, les venins. Or, c'est là un point important, attendu que, de toutes les portes d'entrée, celle du tube digestif est, dans la pratique, celle que choisissent les quatre cinquièmes des agents morbifiques.

Pourquoi ces toxines n'agissent-elles pas?

J'ai prouvé tout d'abord avec Cassin qu'elles sont absorbées, que l'influence du foie est insuffisante ; j'ai comparé les toxicités de volumes égaux de ces mêmes produits solubles broyés avec des poids égaux de foie, de rate, de rein ; car l'injection dans la veine-porte est de peu de valeur ; la solution qui pénètre par cette veine se dilue en premier lieu dans le lac hépatique, en second lieu dans la circulation générale, unique dilution, avant d'aller aux centres nerveux, de la solution déposée dans les capillaires périphériques ; en outre, la lenteur du système porte fait que cette injection pénètre plus lentement ; or, vitesse et degré de dilution peuvent tout fausser.

Avec Lefèvre, j'ai mis des toxines en digestion à 37 pendant 24 ou 48 heures, avec des sucs gastriques intestinaux.

La pepsine imprégnée sur du phosphate de chaux a supprimé la toxicité de la toxine diphtérique utilisée. L'acide chlorhydrique agit peu.

Avec Mangin, j'ai cultivé des parasites divers dans ces toxines ; or, comme l'a vu de son côté Metchnikoff, cette culture affaiblit l'action des sécrétions bactériennes.

Ces digestions, ces cultures se font aisément dans tout tube digestif.

De plus, avec Cassin, j'ai vu qu'un intestin dont la muqueuse est morte, laisse passer des toxines qui restent actives, qui altèrent le foie, tandis que ces toxines tout au plus vaccinent, lorsque cette muqueuse est saine.

En outre, des sécrétions de cette muqueuse, on extrait des principes qui, en agissant sur l'économie, retardent une infection due à des microbes intestinaux.

(1) Congrès de Moscou (août 1897).

Digitized by Google

Les sucs digestifs, en transformant les toxines, les bactéries, en les métamorphosant par leur évolution, certains éléments de la muqueuse, etc.; tels sont en dehors des barrières anatomiques qui arrêtent l'absorption, la dialyse, etc., quelques-uns des processus de défense placés au niveau de l'intestin contre les toxines.— Dr Charrin, *médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine.*

## NEUROLOGIE

**Quelques travaux récents sur la syringomyélie.** — A côté de la scoliose classique, de la chiromégalie décrite par Charcot, M. Astié (*Th. Paris*) vient de décrire à l'instigation de M. Marie, la déformation du thorax dite *thorax en bateau*. Cette difformité consiste essentiellement dans l'enfoncement de la partie médiane antérieure du thorax, enfoncement qui ne se produit que dans la partie tout à fait supérieure de celui-ci. Le malade se présente d'ordinaire avec une allure très spéciale, il semble que sa tête soit enfoncée dans ses épaules comme si celles-ci étaient constamment relevées de chaque côté du cou profondément enfoncé dans le haut du thorax. Les épaules sont ramenées en avant d'une manière très manifeste, ce qui donne l'allure générale un peu gênée. Le thorax, dans son ensemble, présente une obliquité manifeste de sa partie supérieure ; il semble que la fourchette sternale se soit rapprochée de la colonne dorsale tandis que la partie médiane du sternum et l'appendice xyphoïde sont à la distance normale du rachis. Le plan antérieur de la poitrine est ainsi oblique, en haut et en arrière beaucoup plus qu'il ne l'est normalement. D'autre part, on voit que toute cette partie supérieure plus oblique est excavée. L'excavation est régulière, concave en avant, de forme générale allongée dans le sens vertical.

Cette déformation du thorax s'accompagne d'une intégrité, tout au moins fonctionnelle des organes sous-jacents. D'après Astié, ce thorax en bateau constitue un symptôme intéressant dans la syringomyélie, il existe par lui-même, n'est subordonné, ni à la scoliose, ni à l'atrophie des pectoraux, c'est un trouble trophique analogue à ceux qui frappent les autres parties du squelette dans la syringomyélie.

A côté de ces troubles trophiques, il en existe d'autres vaso-moteurs qui viennent de faire l'objet d'une intéressante étude de M. Marinesco (*Th. Paris*, 1897). Son travail sur la main succulente et l'atrophie musculaire dans la syringomyélie mérite qu'on s'y arrête. La face dorsale de la *main succulente* est très caractéristique, elle offre une tuméfaction qui peut occuper une partie seulement de la face dorsale de la main ou bien s'étendre sur toute cette face. Cette tuméfaction présente une gamme variable, elle peut aller de la tuméfaction légère de la main jusqu'à l'empâtement qui donne à la main un aspect lourd. Cette tuméfaction fait disparaître les détails de structure de la face dorsale de la main. Les cordes tendineuses des extenseurs ne font plus de relief comme à l'état normal ; elles sont plus ou moins visibles. Les veines dorsales sont comme voilées. Cette main potelée est faible, sans force. La couleur de la main est variable avec la température ; pendant l'hiver, elle a l'aspect d'une main gelée, d'une coloration rouge violet. Les doigts sont fusiformes, le tégument qui recouvre la dernière phalange est irisé, luisant, et comme collé aux os. La striation longitudinale des ongles est exagérée. Le squelette ne présente pas de modifications apparentes, mais il y a de la distension et du relâchement des articulations. Un autre caractère de la main succulente, c'est que c'est une main *froide* et toujours *sèche*. Au point de vue pathogènique, Marinesco considère qu'il y a deux processus en jeu ; d'abord un processus plastique, siégeant principalement dans le tissu sous-cutané, et grâce auquel il se forme des éléments nouveaux de tissu conjonctif qui remplissent les dépressions naturelles qui existent sur la face dorsale de la main ; et, d'autre part, un processus vaso-moteur proprement dit qui apparaît et disparaît à certains moments et qui favorise l'hyperplasie du tissu sous-cutané. Ces troubles trophiques et vaso moteurs ne sont que des équivalents des diverses lésions de la substance grise médiane et postérieure.

Dans la production du type de la main succulente, Marinesco invoque la lésion des trois neurones médullaires, le neurone moteur situé à la partie antérieure, le neurone vaso-moteur siégeant dans la partie moyenne de la substance grise, le neurone sensitif indirect siégeant surtout dans la corne postérieure.

Le phénomène de la main succulente est à rapprocher de divers troubles vaso-moteurs déjà signalés dans la syringomyélie. Fürstner a signalé une pseudo-éruption ortiée provoquée par le moindre contact ; Roth a vu de la cyanose passagère des mains, et du gonflement passager de la face dorsale. Remak a également observé un cas de tuméfaction indolente de la main au cours d'une syringomyélie.

L'affection des neurones moteurs donne naissance à l'atrophie musculaire. Celle-ci présente quelques caractères particuliers importants à connaître. D'ordinaire, cette atrophie affecte le type Aran-Duchenne, elle suit une marche ascendante, et envahit dans un certain ordre les muscles des 3 segments du membre supérieur en laissant intacts pour un certain temps les extenseurs, lesquels seront moins pris. En opposition avec cette marche ascendante de l'atrophie musculaire, il existe, d'après Marinesco, des cas où celle-ci suit une marche inverse. Elle débute au niveau de l'épaule et envahit progressivement les segments sous-jacents, bras, avant-bras et main. Dans cette forme scapulo-humérale les muscles de la main conservent pendant un certain temps leurs fonctions.

Enfin, dans des cas plus rares, l'atrophie a une marche diffuse et frappe indistinctement les muscles des membres

Digitized by Google

supérieurs. Dans ces trois formes : ascendante, descendante et diffuse, l'atrophie musculaire, tout en étant bilatérale, est presque toujours asymétrique, les mains elles-mêmes présentant un aspect dissemblable.

L'atrophie musculaire dérivant de l'affection des neurones moteurs, comme dans la syringomyélie, la lésion débute au niveau de la VIII^e C et de la I^re D et se dirige vers les régions supérieures, il s'ensuit que cette atrophie musculaire présente une topographie commandée par la marche de la gliose. Cette marche de la lésion a permis à Maimesco de conclure qu'au point de vue de leur localisation médullaire, les noyaux des muscles extenseurs sont situés au-dessus des noyaux des muscles fléchisseurs. D'autre part, les cellules situées loin du foyer de gliose ne restent pas absolument intactes, ce qui permet d'observer certains phénomènes particuliers.

La conservation relative des extenseurs du poignet donne à la main du syringomyélique une attitude spéciale que Charcot appelait *main de prédicateur*. Cette déformation peut se présenter, dans des cas de pachyméningite compliqués de cavités dans la substance grise, mais elle peut exister en dehors de toute pachyméningite et chez des malades atteints de syringomyélie sans symptômes de réaction douloureuse. Aussi, dit Marinesco, on est porté à admettre que le geste de prédicateur est une complication qui appartient en propre à la syringomyélie qui réalise les conditions d'atrophie musculaire capable de produire la main de prédicateur.

Enfin, comme autre symptôme clinique, il faut signaler chez beaucoup de syringomyéliques un relâchement et une distension des articulations de la main, constatables non seulement par les attitudes vicieuses et les mouvements anormaux qu'on peut imprimer au doigt, mais aussi par la radiographie.

La main succulente n'existe pas seulement dans la syringomyélie, Gilbert et Garnier l'ont rencontrée dans un cas d'hémiplégie ancienne. D'après M. Déjerine (*Société de biologie*) « la main succulente, accompagnée d'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, n'est nullement une déformation appartenant en propre à la syringomyélie (où du reste on la rencontre rarement) mais la même déformation peut se rencontrer dans certains cas de poliomyélite chronique. La pathogénie de ce gonflement du dos de la main et de la première phalange des doigts, dit M. Déjerine, est certainement un phénomène d'ordre vaso-moteur, mais qui paraît être d'ordre surtout passif et dépendre, pour la plus grande part, de la position des mains. Il s'agit de sujets complètement impotents de leurs membres supérieurs depuis de longues années et chez lesquels, par suite de la position verticale constante des mains à l'état de veille, la circulation en retour des membres supérieurs et, en particulier, des mains, se fait dans les conditions les plus défectueuses. — M. D.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 3 août*

M. Lucas-Championnière. — **La cure radicale de la hernie et ses conditions de solidité.** — Lorsqu'il y a seize ans, M. Championnière voulut reprendre la défense de la cure radicale, on n'a admit que très difficilement la possilité de cette cure. Aujourd hui, on sait qu'une hernie peut être supprimée définitivement. On va même plus loin; on considère comme bonnes, des interventions beaucoup trop superficielles, opérations qui ne peuvent que *masquer* la hernie. — M. Lannelongue prétend obtenir la cure sans opération, par simples injections de liquides irritants. Quels que soient les résultats apparents, il est manifestement impossible d'obtenir de la sorte la cure radicale. Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la cure radicale savent que les opérations qui laissent subsister l'infundibulum herniaire, toutes celles qui ne réparent pas la paroi par un artifice quelconque, sont des opérations sans valeur. Il est évident que les injections ne peuvent rien, ni sur l'infundibulum, ni sur la partie profonde du trajet. En outre, ces injections ne se font pas sans aucun danger; elles sont, en effet, suivies de douleur, de gonflement, d'élévation de température. Comme dernier argument, on peut dire que le peu de durée écoulé depuis les premières injections ne permet pas de savoir ce que deviendront les prétendues cures radicales.

Les faits observés, sur lesquels se base M. Championnière, comprennent 650 hernies opérées. Il existe 28 cas de récidives. Les cures parfaites permettent aux malades qui en ont bénéficié de se livrer à des exercices de force, sans port de bandage.

Les récidives sont survenues : ou pour des hernies comprenant le gros intestin, ou après des excès musculaires, ou encore à la suite de l'engraissement brusque. C'est là une des grandes causes de récidive qui doit être combattue par l'exercice, par les gymnastiques de toutes sortes.

La mortalité de cette opération existe. M. Championnière a eu une série de 265 cas sans mort. Dans le reste de sa statistique, il compte 5 morts. Il estime qu'une statistique ne roulant que sur des sujets jeunes ne devrait comporter qu'une mort sur cinq cents.

Il conclut en rejetant toutes les petites opérations. Les temps indispensables de l'opération sont les suivants : 1° ouverture large de la hernie de façon à réparer le plus haut possible; 2° excision de tout l'épiploon accessible; 3° destruction du sac; 4° réparation des parois par croisement et non par juxtaposition simple; 5° fermeture avec drainage. On ne doit pas faire porter de bandage.

**Traitement du goitre exophtalmique.** — M. Péan. Dans la dernière séance, M. Poncet a préconisé, pour le traitement du goitre, la section du grand sympathique cer-

Digitized by Google

vical. Il croit que la méthode thyroïdienne est trop dangereuse et qu'elle ne donne point de résultats. En même temps, un autre chirurgien préconisait, au contraire, la thyroïdectomie. Avant de discuter ces deux opinions, il est bon de dire que souvent le traitement médical est efficace et qu'on ne doit recourir au chirurgien qu'après l'avoir tenté. Si l'on échoue, il faudra se souvenir que chez ces malades cachectisés la perte de sang n'est point indifférente. Aussi, l'opération thyroïdienne, faite par le procédé du morcellement, est absolument indiquée. Cette opération thyroïdienne paraît donner de bons résultats, et, faite de la sorte, ne compromet pas l'existence.

M. Hervieux lit un rapport sur la variole dans les colonies françaises.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 30 juillet 1897*

**Un nouveau signe de la névralgie phrénique.** — M. André Jousset insiste sur la fréquence des phrénalgies au cours de la tuberculose pulmonaire à ses différents stades.

Une étude statistique de l'affection lui a montré qu'on l'observe, chez le quart environ des tuberculeux, si l'on veut bien, à côté de l'affection typique, comprendre tous les cas frustes, plus nombreux, et qu'il faut savoir rechercher.

C'est au cours de la recherche des points névralgiques qu'il a été amené aux conclusions suivantes :

1° Fréquence du point épigastrique de Guéneau de Mussy;

2° Inconstance du point scalénique ;

3° Existence d'un nouveau point constant, précis, situé sur la ligne médiane du sternum au droit des 5e ou 4e articulations chondro-sternales. Ce point douloureux ne doit pas être confondu avec la douleur diffuse rétrosternale signalée par Peter dans les affections chroniques de l'aorte. Son importance diagnostique s'accuse dans les cas où, une douleur épigastrique étant constatée, on hésite à la rapporter au diaphragme, à la vésicule, à l'estomac, ou encore à la paroi, ou aux nerfs intercostaux ; la présence du point médio-sternal peut lever les doutes en démontrant que seul le phrénique est en cause, et participe accessoirement aux réactions douloureuses.

**Etude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère de l'estomac.** — M. Albert Mathieu. La transformation de l'ulcère en cancer n'est pas très rare. Les auteurs allemands qui se sont occupés de la question admettent que cette succession a lieu, les uns, quatre fois, les autres neuf et même vingt fois sur cent. La question a été relativement peu étudiée en France ; on peut cependant citer un travail important sur le sujet, la thèse de Lignal (Lyon, 1891).

M. Albert Mathieu rapporte trois observations dans lesquelles le diagnostic de cancer succédant à l'ulcère a pu être fait pendant la vie, dans lesquelles la nécropsie et l'étude histologique ont confirmé ce diagnostic.

Dans la première, il semble y avoir eu une première phase d'hyperchlorhydrie douloureuse vingt-quatre ans avant la mort. Dix ans avant, sont apparus des signes non équivoques d'ulcère simple. Le diagnostic du cancer n'a été fait que par la laparotomie. Il y avait hyperchlorhydrie, mais pas de dilatation de l'estomac, peu ou pas de stase.

Dans le second cas, les phénomènes d'ulcère simple ont précédé de dix ans l'époque de la mort. L'existence de l'acanthosis nigricans et d'une adénopathie sus-claviculaire gauche permit de faire le diagnostic de cancer près de deux ans avant la mort.

Dans le troisième cas, l'ulcère a précédé le cancer de près de deux ans. A l'autopsie, la nature cancéreuse des lésions était rendue évidente par l'existence soit de noyaux cancéreux dans le foie, soit d'une adénopathie cancéreuse du mésentère.

Dans tous les cas on retrouvait, au centre des lésions cancéreuses, la trace de l'ulcère primitif. Une fois même l'ulcère avait conservé tous les caractères extérieurs de l'ulcère simple chronique, mais il y avait infiltration épithéliomateuse et épaississement marqué des tuniques musculaires de l'estomac. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique développé sans doute aux dépens du goulot des glandes hypertrophiées.

Dans les deux autres cas, c'était de l'épithélioma métatypique, autrement dit du carcinome.

Au point de vue clinique, le cancer succédant à l'ulcère est caractérisé par la longue durée totale de la maladie, et par l'existence d'une première phase dans laquelle on reconnaît les symptômes de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère. L'hyperchlorhydrie peut persister longtemps après que la lésion cancéreuse a débuté. Elle s'explique par la persistance des cellules bordantes dans les tubes glandulaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut reconnaître le plus souvent les limites de l'ulcère primitif, et on voit que le cancer prend naissance au pourtour de l'ulcération, aux dépens des éléments glandulaires de la muqueuse.

**Du mouvement associé de flexion de la cuisse dans l'hémiplégie organique.** — M. Babinski. J'ai observé, sur un grand nombre de malades atteints d'hémiplégie organique, une variété particulière de mouvement associé, qui n'a pas encore été signalée jusqu'à présent et dont voici la description. Lorsque le malade, étendu sur un plan résistant, plus ou moins horizontal, sur un plancher, par exemple, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur la poitrine, fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé, la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que, du côté opposé, le membre inférieur reste immobile ou bien

Digitized by Google

la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie. Le mouvement que je viens de décrire se reproduit quand, après s'être mis sur son séant, les bras toujours croisés sur la poitrine, le malade porte le torse en arrière pour reprendre la position primitive. J'appelle ce phénomène *mouvement associé de flexion de la cuisse.*

Quel est le mécanisme de ce mouvement? Pour comprendre l'interprétation que je propose, il faut d'abord analyser l'acte qui consiste à se mettre sur son séant. Le mouvement essentiel de cet acte est l'inclinaison en avant du bassin et de la colonne vertébrale; mais cette inclinaison ne peut s'opérer d'une manière normale que si les fémurs ont été préalablement immobilisés. En effet, si l'on réfléchit au mode d'action du psoas-iliaque qui, suivant qu'il prend son point d'appui à son insertion supérieure ou à son insertion inférieure, fléchit la cuisse sur le bassin ou bien incline en avant le bassin et la colonne vertébrale, on conçoit qu'un défaut d'immobilisation de la cuisse dans l'acte en question doive entraver l'inclinaison du tronc en avant entraîner une flexion de la cuisse sur le bassin. Cette immobilisation de la cuisse est obtenue par la mise en activité des muscles qui étendent la cuisse sur le bassin.

Je suppose que c'est la parésie de ces muscles qui provoque dans l'hémiplégie le mouvement associé de flexion de la cuisse.

Il est facile de concevoir pourquoi le mouvement de flexion de la cuisse se reproduit lorsque le malade, après s'être mis sur son séant, cherche à reprendre la position primitive. Ce serait, en effet, une erreur de croire que, dans cet acte, le sujet fait simplement contracter les muscles qui inclinent le tronc en arrière. S'il en était ainsi, la partie supérieure du tronc doit être modérée par la contraction des fléchisseurs qui ne se relâchent que progressivement, et cette contraction, pour être efficace, nécessite une immobilisation préalable de la cuisse. Les conditions sont donc semblables de part et d'autre. Ce qui me pousserait encore à admettre que cette interprétation est juste, c'est que j'ai observé le mouvement associé de flexion de la cuisse dans deux cas de sciatique où les muscles extenseurs de la cuisse sur le bassin étaient atrophiés.

Ce mouvement associé peut-il se produire aussi dans l'hémiplégie hystérique? Je ne me crois pas encore en mesure de répondre à cette question d'une manière catégorique. Je puis dire toutefois que je n'ai pas encore franchement hystérique, et que ce signe constitue tout au moins une probabilité pour le diagnostic d'hémiplégie constaté ce phénomène dans aucun cas d'hémiplégie organique. Il me paraît avoir, à cet égard, une valeur comparable à celle de deux autres signes que j'ai observés dans l'hémiplégie organique et que j'ai décrits : le phénomène des orteils et le relâchement des muscles.

**Mouvement spasmodique associé du peaucier du cou du côté sain dans l'hémiplégie organique.** — M. Babinski. Je présente un malade atteint d'hémiplégie organique, chez qui on observe, quand il ouvre la bouche, une contraction spasmodique du peaucier du cou du côté sain.

Ce phénomène n'est, du reste, pas exceptionnel dans l'hémiplégie organique; je l'ai constaté chez beaucoup de sujets, mais il est plus ou moins prononcé suivant les cas.

Je me contente simplement aujourd'hui de signaler ce fait.

**Syndrome de Morvan. syringomyélie et lèpre.** — M. E. Jeanselme. Voici deux malades qu'il me paraît utile de rapprocher. Tous deux présentent le syndrome de Morvan. Mais, tandis que, chez l'un, la coexistence de symptômes significatifs permet d'établir en toute certitude le diagnostic de lèpre; chez le second, toute l'affection se résume dans des panaris multiples. Je crois pourtant que ce dernier cas est une forme fruste de la même infection.

Voici l'histoire succincte de ces deux malades :

Le premier, chauffeur à bord d'un navire, a vécu pendant vingt-cinq ans en Chine, aux îles de la Sonde et à Bornéo, contrées infestées de lèpre. Quelques années après son retour en France, cet homme eut une crise de douleurs violentes, d'abord dans le membre supérieur droit, puis dans le gauche, et, depuis cette époque, les deux mains ont pris progressivement l'attitude de la griffe cubitale. Il était dans cet état, quand je le vis pour la première fois, il y a quelques années, dans le service de M. Debove. L'anesthésie tactile et thermique n'occupait alors que le dos des mains et des avant-bras, les nerfs cubitaux n'étaient pas noueux et les pieds n'offraient rien d'anormal. Je n'avais donc pas les éléments nécessaires pour porter le diagnostic de la lèpre.

Aujourd'hui, je retrouve ce malade au Val-de-Grâce, dans le service de M. Du Cazal. De nombreux panaris lui ont mutilé les quatre extrémités. Plusieurs doigts, qui n'ont pas été le siège de la suppuration, sont pourtant très raccourcis, certaines phalanges ayant disparu par résorption interstitielle. Le nerf cubital droit est gros, dur et fusiforme. Une éruption floride de macules érythémateuses anesthésiques recouvre le tronc et les membres. En un mot, le diagnostic de lèpre s'impose actuellement.

J'ajoute incidemment que ce malade est en instance pour obtenir une pension de l'autorité militaire, et qu'il attribue tous les désordres dont il souffre à une blessure reçue pendant la guerre de 1870. Il prétend n'avoir quitté la France que pour aller en Algérie, où il a fait partie de l'expédition chargée de réprimer l'insurrection kabyle. Je signale cette supercherie, car elle montre que l'on ne doit pas faire fond sur les déclarations parfois intéressées des malades.

Le second sujet vous a déjà été présenté, en 1893, par M. Debove, et le diagnostic à cette époque est resté en

Digitized by Google

suspens. Cet homme a fait l'expédition du Mexique, contrée dans laquelle la lèpre est commune. Depuis une vingtaine d'années, il a eu neuf panaris aux doigts, et un seul à l'un des orteils. Il n'a jamais eu, paraît-il, la moindre éruption. Mais l'état de son nerf cubital, qui est gros et noueux, la répartition des panaris et de l'anesthésie aux quatre extrémités, l'absence de scoliose et d'exagération des réflexes rotuliens, doivent faire considérer le diagnostic de lèpre comme infiniment probable.

En regard de ces cas de lèpre à panaris multiples, je placerai les nombreux cas de syringomyélie du type Morvan, que j'ai recueillis l'année dernière dans les Côtes-du-Nord et dans le Finistère, grâce à l'obligeance de nos confrères bretons, MM. Prouff, Corson, Mesguen, Servet et Guibert. On ne trouve pas assurément, dans les panaris en eux-mêmes, des caractères différentiels entre ces deux catégories de faits. Mais les signes concomitants rendent le diagnostic, sinon facile, du moins possible.

De cette comparaison, il résulte que :

Dans la syringomyélie, type Morvan, les panaris sont très souvent cantonnés aux extrémités supérieures, parfois même à une seule main ; l'anesthésie revêt la forme vestimentaire, la paralysie faciale est rare et d'origine centrale, les nerfs cubitaux sont normaux, ou, du moins, peu amplifiés et jamais noueux, les réflexes sont manifestement exagérés et la scoliose est très fréquente.

Dans la lèpre mutilante, les panaris affectent indifféremment les doigts et les orteils; l'anesthésie, d'abord rubanée, ne devient segmentaire que dans la suite; elle est distribuée aux quatre membres et respecte en partie la face et le tronc ; la paralysie faciale est fréquente et d'origine périphérique ; les nerfs cubitaux sont fusiformes ou noueux, les réflexes normaux ou abolis, et la scoliose n'existe jamais.

Parmi les caractères différentiels, je n'ai pas fait intervenir la dissociation de la sensibilité. Car, dans la syringomyélie du type Morvan, le tact m'a paru presque toujours compromis, quoique à un degré moins prononcé que les sensibilités thermique et douloureuse.

Je n'insiste pas non plus sur l'indolence des suppurations, beaucoup de panaris qu'ils ressortissent à la lèpre ou à la syringomyélie, étant fort douloureux.

Enfin, je ne fais pas entrer en ligne de compte le séjour du sujet dans un pays à lèpre. A mon avis, cette notion étiologique ne doit servir que d'appoint au diagnostic.

Après un examen très attentif, il reste un certain nombre de cas qui n'entrent pas franchement dans l'une des deux catégories précédentes. Voici deux faits qui le prouvent.

Le premier concerne un ancien cordier, originaire d'Octeville, chef-lieu de canton situé à quelques kilomètres de Cherbourg. De nombreux panaris siégeant aux orteils, des maux perforants plantaires, ont mutilé les deux pieds et rendu la marche presque impossible. La répartition de l'anesthésie aux quatre membres, l'absence de scoliose, une paralysie faciale d'origine périphérique, une macule bistrée sur la région fessière, sont autant d'arguments en faveur de la lèpre. MM. Zambaco et Falcao (de Lisbonne) à qui j'ai montré ce malade, ont formulé ce diagnostic sous réserve. Quant à moi, je reste dans le doute, car la macule pigmentaire n'est pas insensible, et les nerfs cubitaux ont un volume normal.

Le deuxième fait, dans lequel le diagnostic me paraît incertain, est celui d'une Bretonne, née à Pommerit-le-Vicomte, petite bourgade de l'arrondissement de Saint-Brieuc, dans laquelle il y a plusieurs cas de syringomyélie du type Morvan. Chez cette femme, les panaris et les troubles sensitifs occupent les quatre extrémités. Les nerfs cubitaux sont hypertrophiés, sans qu'il soit possible de dire s'ils sont noueux. Il n'y a pas de scoliose et les réflexes ne sont pas exagérés. Ici encore le diagnostic reste forcément douteux, et il serait imprudent de verser de tels faits soit dans le cadre de la syringomyélie, soit dans celui de la lèpre, bien que ce soit de cette dernière qu'ils se rapprochent le plus.

En somme, dans la partie de la Bretagne que j'ai visitée (littoral des Côtes-du-Nord et du Finistère depuis Morlaix jusqu'à Lesneven), la syringomyélie du type Morvan est très fréquente. Quant à la lèpre, dans la région que j'ai parcourue, elle me semble problématique.

Je ne connais qu'un cas incontestable de lèpre autochthone en Bretagne. C'est celui d'un malade hospitalisé à Saint Louis, dans le service de M. Tenneson. Il est né près de Guingamp, à Pédernec, localité située à quelques lieues de la côte de Paimpol. Tous ces petits ports, dans ces parages, arment pour la pêche en Islande dans laquelle la lèpre est encore en activité. J'avais donc pensé que ce cas était peut-être d'importation étrangère. L'enquête que j'ai faite sur les lieux ne m'a pas permis de vérifier cette hypothèse.

**Sur l'élimination du bleu de méthylène.** — MM. Achard et J. Castaigne. Le bleu de méthylène s'élimine par l'urine non seulement de bleu en nature, mais aussi à l'état de chromogène incolore, facile à reconnaître, grâce à la coloration verte qu'il engendre lorsqu'on chauffe l'urine avec de l'acide acétique. A l'état normal, ce chromogène est associé au bleu en nature, mais, dans certaines circonstances pathologiques, il peut se trouver dans l'urine à l'état isolé, au moins à certaines périodes de l'élimination, et même son passage à travers les reins peut se faire d'une façon parfaite, sans aucun retard, alors que celui du bleu est profondément troublé : l'élimination est en quelque sorte *dissociée*.

Cet état, dans lequel le passage du bleu est seul retardé, celui du chromogène restant normal, paraît correspondre à un trouble rénal. Cet état particulier d'élimination dissociée s'est rencontré, d'une façon temporaire, chez un malade atteint de troubles gastriques avec urticaire et albuminurie, et chez un sujet atteint d'angine grave, ayant des staphylocoques dans le sang. Nous

Digitized by Google

l'avons observée plusieurs fois chez des sujets ayant primitivement une perméabilité régulière et chez qui survenaient des signes de néphrite aiguë. Dans une autopsie, nous n'avons pas trouvé de lésions, et il s'agissait probablement d'un simple trouble fonctionnel. Mais, dans cinq autres, nous avons trouvé des lésions consistant surtout en une dégénérescence de l'épithélium des tubuli et en une infiltration leucocytique abondante du tissu interstitiel. Nous avons pu même, dans un de ces cas, suivre ainsi le développement de la lésion rénale et observer trois phases successives : 1° perméabilité tout à fait normale ; 2° perméabilité diminuée pour le bleu, mais conservée pour le chromogène, en même temps qu'apparaissent l'oïdium et l'albuminurie ; 3° perméabilité diminuée, non seulement pour le bleu, mais aussi pour le chromogène, en coïncidence avec de l'anasarque et la présence de sang et de cylindres dans l'urine ; enfin vérification anatomique des lésions rénales.

Chez un sujet sain, les reins laissent passer sans difficulté le bleu en nature ; il ne se forme qu'une petite quantité de chromogène. Lorsque la perméabilité est altérée, l'élimination du bleu est retardée, et le chromogène, plus diffusible, peut passer seul pendant un certain temps, et quelquefois dans le délai normal, lorsque la perméabilité n'est que peu diminuée. Cette opinion, qui rattache à un trouble rénal l'élimination normale du chromogène avec retard pour le bleu seul, et qui en fait par conséquent une *imperméabilité dissociée*, a pour elle des préceptes cliniques et anatomiques. L'opinion qui la rattache à un trouble nutritif n'est encore qu'une hypothèse. On peut donc tirer, pour le pronostic, quelques données de l'état comparatif du bleu et du chromogène. Mais il importe plus que jamais, dans ces cas, de renouveler l'épreuve, car ce mode particulier de l'élimination dissociée est très souvent un état transitoire, simple trouble fonctionnel au cours d'une affection aiguë, ou première étape d'une lésion rénale en voie d'évolution.

Les séances, suspendues pendant les vacances reprendront le deuxième vendredi d'octobre. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**L'hygiène du neurasthénique**, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. in-16, de la *Bibliothèque d'hygiène thérapeutique*, cartonné toile, tranches rouges (Masson et Cie, éditeurs). 4 fr.

L'hygiène, qui suffirait à prévenir la neurasthénie si elle était rigoureusement appliquée, suffit aussi le plus souvent à la guérir, quand la neurasthénie est susceptible de guérison. Sans vouloir proscrire la thérapeutique médicamenteuse, les auteurs ne craignent pas de dire que l'on a fait aux candidats neurasthéniques ou à ceux arrivés plus de mal avec les « drogues » qu'on ne leur a rendu de services. Nombreux sont les méfaits des médications dites toniques et reconstituantes, des hypnotiques variés, bref des produits pharmaceutiques dont sont surchargés les traitements plus ou moins bien avisés qui sont entrés dans la pratique journalière. Une bonne hygiène morale et physique, un régime alimentaire bien conçu, des conseils et des encouragements suggestifs font d'habitude plus pour le neurasthénique qu'une polypharmacie souvent inutile et quelquefois nuisible. C'est dire assez l'intérêt de ce livre à cette heure où, à la faveur des progrès de la civilisation et du surcroît d'activité cérébrale qu'elle entraîne, les névroses sous toutes leurs formes sont devenues si communes.

Inutile d'insister sur la valeur de ce livre qui se recommande par le nom seul des auteurs et dont nos lecteurs ont pu se faire une idée d'après la courte analyse que M. Huchard en a faite dans le *Journal des Praticiens* (voir p. 441). — M. Deguy.

**Les poussières atmosphériques, leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé**, par J.-R. Plumandon (Société d'éditions scientiques).

Dans ce livre de 130 pages, M. Plumandon expose d'abord, les récentes expériences qui ont établi le nombre infini des poussières, et il prouve que celles ci ont des origines diverses qui peuvent les faire classer en *poussières cycloniques*, *volcaniques*, *ignées*, *marines*, *industrielles*, *végétales*, *animales*, *cosmiques*. Après avoir distingué encore les *poussières vivantes* ou *microbes*, il montre, dans la deuxième partie, la circulation générale de toutes ces poussières au sein de l'atmosphère, les variations que leur nombre subit sous l'influence des divers éléments météorologistes. Une troisième partie est consacrée à l'influence physique, physiologique et toxique que les poussières atmosphériques peuvent exercer sur la santé et particulièrement à l'action pathogène des microbes. Enfin l'auteur termine par un chapitre sur les *poussières explosives*.

**Nécrologie.** — Notre cher et distingué collaborateur, M. le Dr Rochon-Duvigneaud, vient d'être frappé par un deuil cruel, la mort de son beau-père, M. Paponot. Nous lui adressons, au nom de la Rédaction, l'expression d'une bien vive et douloureuse sympathie.

Quoiqu'il n'ait ainsi appartenu qu'indirectement à la famille médicale, M. Paponot, auquel m'unissaient les liens les plus étroits de l'amitié et des souvenirs chers à notre cœur, est de ceux qu'on ne peut voir disparaître sans un mot d'adieu. Ingénieur de haute intelligence, l'un des meilleurs collaborateurs de Lesseps dans son œuvre gigantesque du percement de l'isthme de Suez, patriote ardent et sage, dont on ne dira jamais assez le patient et incessant labeur pour sauver son pays d'une catastrophe financière et nationale, il fut, durant toute son existence, le *vir probus*, l'ami dévoué, l'homme inflexible et modeste du devoir. Il laisse à ses chers enfants un grand et fier héritage d'honneur, de travail, de désintéressement ; à la chère compagne de sa vie, le souvenir de belles années.....

Puisse l'expression émue et sincère de notre amitié, adoucir l'amertume de la séparation et de la profonde douleur que nous voulons toujours partager ! — H. Huchard.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Dubois.* — M. le Dr Lucien Picqué

## Sur un cas d'abcès appendiculaire simulant une occlusion intestinale

Nous avons eu l'occasion d'opérer dans le courant de l'année dernière un grand nombre d'appendicites et ceux d'entre vous qui ont suivi mon service ont pu se rendre compte des nombreuses modalités cliniques que cette affection est susceptible de revêtir et qui peuvent parfois rendre le diagnostic difficile à établir.

Tantôt et le plus souvent on a pu méconnaître l'appendicite et attribuer les accidents à une affection des organes voisins.

Ordinairement, ce sont les annexes chez la femme qui ont été considérés comme le point de départ du complexus symptomatique ; c'est ainsi que l'année dernière, j'ai enlevé avec succès un appendice malade, chez une dame qui m'était présentée comme atteinte d'une lésion des annexes et je tiens à vous dire que dans ces cas contrairement à ce qui a été dit récemment à la Société obstétricale, je considère le diagnostic comme ordinairement facile.

Tantôt ce sont des affections des viscères abdominaux, de l'intestin et du péritoine qui sont invoquées dans des cas d'appendicite. Je pourrai citer des exemples que j'ai eus sous les yeux et vous montrer que les erreurs ont pu être commises par des observateurs distingués. Vous les trouverez d'ailleurs relatées dans une étude anatomo-clinique que je prépare en collaboration avec mon ancien interne le Dr Macé.

Parfois, c'est le contraire que l'on obtient : j'ai sous les yeux l'observation d'une fillette qui me fut adressée pour une appendicite perforante, qui en avait d'ailleurs présenté tous les symptômes et qui était atteinte en réalité d'une péritonite tuberculeuse dont elle guérit par la laparotomie.

La malade dont je désire vous entretenir aujourd'hui va nous fournir un nouvel exemple d'une appendicite ayant évolué avec un cortège de symptômes bien fait pour dérouter le diagnostic.

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, couchée au n° 25 de ma 1re division des femmes (2e étage) et qui me fut adressée d'urgence par un distingué confrère pour des accidents d'occlusion intestinale.

L'histoire pathologique de cette malade est la suivante. Je tiens à vous la présenter ici autant pour vous montrer toute l'importance que j'attache à l'observation attentive des malades qui entrent dans mon service que pour y rechercher avec vous des renseignements utiles au diagnostic.

Au point de vue héréditaire nous n'avons rien à noter chez elle.

Au point de vue des antécédents personnels nous n'avons relevé aucune maladie dans sa jeunesse.

La fonction menstruelle se fit chez elle avec beaucoup de difficultés à l'âge de 17 ans. Depuis, la malade accuse de la dysménorrhée et une grande irrégularité dans les époques. Mariée à 24 ans, elle commença à accuser, deux ans après, une leucorrhée abondante et des douleurs abdominales.

En 1880, elle éprouve des crises hémorrhoïdales très nettes, avec des hémorragies d'abondance variable et revenant à des époques plus ou moins éloignées.

En 1885, une première grossesse qui fut pénible mais qui se termina par un accouchement normal. Néanmoins, quelques jours après survinrent des symptômes péritonéaux caractérisés par des vomissements et des douleurs abdominales. Ces accidents disparurent assez rapidement.

En 1890, notre malade présente des métrorrhagies abondantes qui durèrent environ 5 à 6 semaines. Il ne nous a pas été possible d'établir s'il s'était agi d'une fausse couche, mais, quoi qu'il en soit, la malade souffre constamment du ventre depuis cette époque et présente une leucorrhée abondante.

Quant aux accidents qui l'amènent à l'hôpital, ils ont débuté le 14 février dernier ; à la suite du repas, elle fut prise subitement de violentes coliques généralisées à tout le ventre accompagnées de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Cet état persista toute la nuit et la journée du lendemain.

Deux jours après, les symptômes n'avaient présenté aucun amendement, un purgatif administré par le médecin avait été rendu en totalité, c'est alors que le confrère me l'adressa.

Prévenu dans la soirée par mon interne de la gravité de son état, je me rendis en hâte près d'elle. Je constatai l'état suivant : les douleurs abdominales sont très vives ; les vomissements sont incessants ; ce sont des vomissements alimentaires et muqueux.

Depuis le début des accidents, la malade n'a rendu ni gaz ni matière par l'anus.

A l'inspection, on constate un météorisme prononcé du ventre et de la sonorité à la percussion.

La palpation est d'ailleurs impossible, tant à cause du météorisme que des douleurs qu'elle provoque. Le toucher rectal ne donne aucun résultat.

Les anneaux herniaires sont libres et c'est là une exploration qu'il faut toujours faire.

L'état général est mauvais, le facies est grippé.

La prostration est notable, et l'on obtient difficilement des renseignements de la malade.

Le pouls reste assez plein et donne 104 pulsations.

La température axillaire n'atteint pas 38° à l'entrée.

En présence de ces symptômes, nous pensons à l'existence probable d'une obstruction intestinale sans pouvoir nous prononcer sur la nature et le siège de l'obstacle. Comme les accidents ne nous paraissent pas très urgents,

Digitized by Google

que la constipation ne remonte qu'à deux jours et qu'il s'agit d'ailleurs d'une malade ordinairement constipée, que les vomissements n'ont jamais présenté le caractère fécaloïde, je remets au lendemain matin, c'est-à-dire à douze heures seulement, l'intervention dans le cas où elle serait encore nécessaire, et d'ici-là je prescris un purgatif glacé et à très petites doses pour qu'il soit toléré si possible, me disposant à une opération si le purgatif n'est pas toléré.

Dès le lendemain matin, la débâcle s'est produite, le météorisme et les douleurs abdominales ont disparu, les vomissements ont cessé.

Toute idée d'intervention se trouvait dès lors écartée et il ne nous restait plus qu'à déterminer la cause de ces accidents.

Y avait-il eu une obstruction véritable due à une lésion des parois de l'intestin comme il est si fréquent de les observer chez les vieillards dans le cas de néoplasme de l'intestin.

S'agirait-il au contraire de phénomènes de pseudo-obstruction, de peritonisme dû à l'inflammation d'un organe contenu dans la cavité abdominale.

Le néoplasme intestinal est difficile à reconnaître en dehors du rectum, quand il ne présente pas un volume suffisant ou qu'il ne donne pas lieu à des hémorhagies intestinales comme chez un de nos malades, couché au n° 21, de notre division des hommes (1er étage).

Ce dernier symptôme manque chez la malade qui fait l'objet de cet entretien, et d'ailleurs, elle n'a pas présenté l'amaigrissement que nous constatons le plus souvent chez les malades atteintes de cette lésion.

Nous fûmes donc conduits à songer à notre deuxième hypothèse et c'est dans le but de la confirmer que nous pratiquâmes l'examen de notre malade, sous chloroforme, quatre à cinq jours après la fin des accidents qui l'avaient amenée dans notre service.

Le foie et le reins nous paraissent indemnes; d'ailleurs, la malade, interrogée à cet égard, ne présente aucun passé ni hépatique ni rénal.

L'utérus et les annexes ne présentent eux-mêmes aucune altération appréciable, malgré les symptômes présentés jadis par la malade. Mais la palpation bimanuelle nous permit de reconnaître dans la fosse iliaque droite une petite tumeur en rapport avec la partie moyenne de l'arcade fémorale.

Cette tumeur est arrondie, du volume d'un petit œuf, de consistance dure, douloureuse à la pression, comme nous avons pu nous en rendre compte une fois la malade éveillée.

Malgré ses rapports avec l'arcade, cette tumeur est mobile, surtout dans le sens vertical, mais elle est à une grande distance de l'utérus et en est manifestement indépendante.

Dans ces conditions, nous n'hésitons pas à porter le diagnostic d'abcès appendiculaire, bien que la malade n'ait jamais présenté de crises antérieures bien nettes en dehors des douleurs qu'elle a ressenties à une certaine époque du côté du bas-ventre et nous fixons l'intervention au lendemain. Nous pratiquons une incision parallèle à l'arcade et située à environ un travers de doigt au-dessus d'elle : son milieu correspond à la tumeur.

Les plans sont successivement incisés et nous arrivons dans la cavité d'un abcès qui s'engage assez loin du côté du cœcum et qui contient un pus épais et assez abondant. L'examen bactéraiologique fait dans notre laboratoire par M. Macé, nous a montré que ce pus contenait du colibacille.

La poche est lavée à l'eau stérilisée et bouillie. Nous ne voyons pas l'appendice et nous nous abstenons de le chercher, selon notre pratique habituelle.

Un mois après l'opération, cette malade a quitté le service, complétement guérie.

Ainsi que j'ai eu l'occasion de vous le dire dès le début, il m'a paru intéressant de vous présenter l'histoire de cette malade, car il s'agit d'un des types cliniques de l'appendicite des plus importants à reconnaître si l'on veut éviter une intervention déplorable.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Pathogénie des myocardites

Par M. le Dr A. Weber, *ancien interne des hôpitaux*

Dans sa communication au dernier Congrès de médecine (Nancy 1896), M. Bard fait une séparation « radicale et tranchée entre la sclérose dystrophique et les scléroses inflammatoires d'origine artérielle ».

La sclérose dystrophique se développe comme une conséquence des lésions athéromateuses chroniques et torpides des artérioles. Certains territoires vasculaires limités sont supprimés, du fait des lésions artérielles ; le tissu conjonctif prend plus ou moins la place du tissu musculaire atrophié, donnant lieu à ces scléroses spéciales auxquelles convient le nom d' « atrophies ischémiques ».

Les scléroses inflammatoires d'origine artérielle se comporteraient tout différemment. L'artérite provoquerait dans son voisinage immédiat une « zone d'inflammation interstitielle plus ou moins étendue ». Ici, pas d'atrophie; ce qui frappe, c'est la « congestion et l'hypertrophie de tous les éléments de l'organe ».

Le même auteur ajoute « qu'il importe de ne pas oublier « qu'il y a tous les degrés entre l'artérite aiguë et la dé« générescence athéromateuse la plus torpide ».

Il ne rejette donc pas l'existence de scléroses d'origine artérielle. Par contre, il défend l'hypothèse d'une « grande « classe d'inflammations interstitielles primitives, prenant « leur développement originel dans le tissu conjonctif « des cloisons intra-viscérales et des espaces organiques ». L'artério-sclérose, dit-il, doit reculer de tout le domaine qu'elle a usurpé sur ces inflammations interstitielles primitives. Il est nécessaire de rendre au tissu conjonctif son

Digitized by Google

ancienne autonomie, si ébranlée dans ces dernières années,— « chaque espèce cellulaire ayant une pathologie qui lui est propre ».

Autrefois, il est vrai, la doctrine de l'omnipotence du tissu conjonctif en pathologie cellulaire avait quelque raison d'être. Ses altérations étaient indispensables ; elles devaient aussi tenir le premier rang, afin de permettre à la doctrine envahissante de l' « inflammation », *primum movens* obscur de la plupart des maladies connues, de fournir l'interprétation des lésions observées.

Mais, depuis cette époque, un élément nouveau a fait son apparition en pathologie et révolutionné les anciennes théories pathogéniques. Cet élément nouveau n'est autre que l'agent pathogène, microbe ou toxine, venu du dehors, et mis en contact intime par les voies circulatoires avec les cellules vivantes des tissus. C'est lui qu'il faut désormais considérer comme la cause première des altérations histologiques ; c'est lui qu'il faut étudier dans sa lutte contre l'organisme, dont l'un des nombreux moyens de défense est l'inflammation, phénomène essentiellement vasculaire.

Il y a donc lieu d'admettre que les lésions viscérales, d'origine infectieuse ou toxique, représentent dans leur ensemble la résultante de la réaction, ou plutôt de la défense de l'organisme.

Reste à savoir dans quel ordre se suivent les altérations des tissus après l'irruption de l'agent pathogène.

Des recherches histologiques récentes semblent avoir démontré que la réaction cellulaire est en raison directe de la vivacité et de l'intensité de l'attaque de l'agent pathogène apporté par la circulation. En sa présence, la cellule vivante se défend ou meurt ; il y aura simple modification passagère du protoplasma, ou nécrobiose cellulaire ; et c'est là le premier degré d'une série de modifications des tissus, traduisant anatomiquement la défense de l'organisme.

Il n'y a donc pas une pathologie cellulaire spéciale à chaque tissu. Tous les éléments constituants des organes sont égaux devant l'agent morbide. Leur défense, leur réaction sont toujours identiques. Seule, l'intensité de cette réaction est variable et reste proportionnelle à l'importance physiologique de chaque tissu.

Il nous paraît, en conséquence, impossible d'admettre que le tissu conjonctif possède une pathologie spéciale. La défense, ici, sera la même qu'ailleurs. Il y aura nécrobiose ou non, réaction inflammatoire ou simplement prolifération et régénération. Mais, dans tous les cas, il nous faudra pour comprendre l'inflammation, admettre l'existence antérieure au point lésé, d'un élément étranger (agent pathogène, figuré ou non) ou devenu étranger au tissu et à l'organe (nécrobiose cellulaire).

Toute inflammation ne peut être qu'un phénomène purement secondaire : l'inflammation *primitive* du tissu conjonctif est, pour nous, un mot vide de sens.

Certes, on peut ne pas « admettre que des lésions artérielles soient à l'origine de toutes les scléroses ». Il serait d'ailleurs mal aisé de comprendre qu'une lésion quelconque soit à l'origine d'une autre lésion, sans autre explication.

Certes, il existe des lésions conjonctives tout à fait isolées et sans altérations vasculaires connexes. Mais ces mêmes lésions, que le distingué professeur de Lyon qualifie de primitives, n'en occupent pas moins les espaces organiques conjonctivo-vasculaires, auxquels l'arbre vasculaire sert en réalité de squelette.

Certes, avant les découvertes bactériologiques modernes, il fallait bien se contenter de la théorie de l'inflammation primitive du tissu conjonctif. Aujourd'hui, une pareille interprétation est certainement insuffisante. Et il nous semble plus rationnel de placer à l'origine des lésions, non pas une altération primitive du tissu conjonctif, mais une série de modifications de ce même tissu réagissant contre les agents pathogènes transsudés au travers des parois vasculaires. Suivant la nature, le nombre, les caractères biologiques ou chimiques de ces agents, on se trouvera en présence d'altérations organiques variées depuis la simple modification chimique du protoplasma cellulaire jusqu'à la nécrobiose cellulaire totale.

Alors seulement interviennent les processus de défense : l'inflammation et la régénération des tissus, origine des scléroses.

C'est sur cette idée fondamentale que repose notre travail sur la pathogénie des myocardites (*Revue de médecine* 1896). Les résultats de l'examen attentif d'un grand nombre de préparations microscopiques, comparés à ceux que nous avons obtenus par l'expérimentation, nous ont amenés à l'interprétation pathogénique suivante des lésions observées.

Les lésions décrites ordinairement sous le nom de « myocardites aiguës » sont constituées par trois processus distincts. L'introduction dans l'organisme d'un agent nuisible, quel qu'il soit, a pour premier effet une altération parenchymateuse (dans le sens le plus large du mot). Si l'action nocive est légère, peu étendue, la *restitutio ad integrum* est possible ; dans le cas contraire, il se produit une lésion de nécrose. Dans le myocarde, la fibre musculaire (élément noble), plus vulnérable, est altérée tout d'abord. C'est le stade nécrobiotique : il y a, si l'on veut se servir de ce mot, *cardionécrose*.

Quand cette cardionécrose s'établit rapidement, brusquement, et c'est le cas de la « myocardite aiguë », il se fait aussitôt une réaction inflammatoire. La cardite véritable fait son apparition ; la phagocytose joue le rôle prépondérant, les déchets nécrobiotiques sont balayés par le torrent circulatoire. C'est le stade de la *réaction inflammatoire*.

Dans le travail tout récent de Mollard et Regaud sur les lésions du myocarde obtenues expérimentalement avec la toxine diphtérique, on lit entre autres conclusions, les suivantes : « la fibre musculaire est atteinte parfoi

Digitized by Google

exclusivement, dans tous les cas primitivement. La lésion musculaire primitive provoque la leucocytose. Les leucocytes résorbent les débris musculaires. » Ces résultats viennent à l'appui de notre manière de voir.

Alors intervient un troisième processus aussi actif que le précédent, le processus de la réparation ou de la régénération des tissus : il y a *cardiogénèse*.

C'est principalement dans les scléroses du myocarde, encore désignées sous le nom de myocardites chroniques, que l'on trouve les exemples les plus frappants de cette régénération des tissus. Ce phénomène reste tout à fait indépendant du processus vasculaire de l'inflammation, et l'on pourrait citer de nombreux exemples de prolifération cellulaire sans inflammation : il suffit d'avoir présents à l'esprit les phénomènes qui accompagnent la croissance ou le développement de l'embryon. C'est une sorte de loi de physiologie, bien exposée par Weigert, d'après laquelle les proliférations cellulaires seraient toutes provoquées par une sorte de déplacement des équivalents d'espace et de matière des éléments cellulaires, et réglées d'après l'équilibre de leurs forces évolutives respectives. C'est ainsi, par exemple, que l'épithélium et le tissu conjonctif n'empièteront jamais sur leurs limites réciproques d'évolution. Or, entre les formations physiologiques et les néoformations pathologiques, l'analogie est considérable. Que cette sorte de frein physiologique disparaisse, que les rapports réciproques des tissus ou de leurs éléments soient troublés, aussitôt on verra se produire le travail de la régénération.

La suppression de ces forces physiologiques, qui entravent ou limitent le pouvoir proliférateur des cellules, paraît avoir été invoquée par M. Bard lui-même dans son étude pathogénique du cancer. Comme il l'a justement fait observer, le cancer est quelque chose de spécial ; ce n'est ni une dégénérescence, ni une inflammation, mais un processus particulier caractérisé par la prolifération désordonnée des cellules.

Une autre forme de régénération, et celle-là vraiment pathologique, s'observe toutes les fois qu'il se produit une perte de substance dans l'organisme. La disparition d'éléments dont la présence limitait l'activité des tissus voisins permet à celle-ci de se manifester ; de là, une néoformation.

Il est certain que tous les tissus n'ont pas une faculté de régénération égale, que chez les animaux inférieurs elle se traduit d'une façon plus active ; que cette faculté, peu développée pour le tissu musculaire, nulle pour les cellules ganglionnaires de l'axe nerveux, est au contraire très accusée pour le tissu conjonctif. Aussi s'explique-t-on facilement la fréquence des néoformations conjonctives, et en particulier celle des scléroses du myocarde.

Dans cette manière de voir, laissant de côté les foyers scléreux, cicatriciels, vestiges d'une infection ou d'une intoxication aiguës du myocarde, il est possible de fournir une interprétation rationnelle des grandes *scléroses du cœur*.

On peut les diviser, au point de vue pathogénique, en trois groupes : les scléroses dystrophiques par ischémie artérielle, les scléroses dystrophiques par hyperhémie veineuse, et enfin les scléroses périartérielles ou périfasciculaires.

Les scléroses dystrophiques par ischémie artérielle, sont associées à une autre dystrophie, à l'athérome : leur ensemble constitue la lésion de l'artério-sclérose du cœur et des cardiopathies artérielles. Endartérite et endartériolite oblitérantes progressives ; diminution de l'apport sanguin d'autant plus efficace que la fibre musculaire est plus éloignée, nutrition insuffisante ; puis, ischémie complète et nécrobiose cellulaire se manifestant par des altérations variables avec l'ancienneté de la lésion et la rapidité plus ou moins grande du trouble circulatoire ; disparition des déchets de la nécrobiose musculaire et régénération des tissus aux frais de la trame conjonctive moins directement atteinte par l'ischémie artérielle. Telles sont les différentes étapes parcourues par la sclérose dystrophique d'origine artérielle.

Le deuxième groupe de scléroses dystrophiques par hyperhémie ou stase veineuse mérite bien la désignation de *cœur cardiaque* (Huchard).

C'est la lésion scléreuse des cardiopathies valvulaires, des cardiopathies secondaires et des vieux asystoliques. Elle procède de la stase veineuse. Dilatation de l'oreillette droite, insuffisance de la valvule de Thebesius, dilatation de tout le système veineux et capillaire du cœur ; ralentissement du courant sanguin, hypertension veineuse et capillaire, transsudation séreuse, œdème congestif réparti autour des veinules et gagnant peu à peu la profondeur des faisceaux musculaires ; vitalité de la fibre cardiaque compromise par l'accumulation des substances excrémentitielles ; puis hypertrophie musculaire, bientôt suivie d'atrophie et de métamorphoses regressives, analogues à celles de la sclérose artérielle ischémique ; enfin, nécrobiose totale et disparition des éléments musculaires, remplacés par le tissu conjonctif en voie de régénération. Telles sont les différentes phases de l'évolution scléreuse du cœur cardiaque.

Au point de vue topographique, cette sclérose diffère de la sclérose dystrophique artérielle. Au lieu de se développer le plus loin possible des vaisseaux, elle offre son maximum dans leur voisinage immédiat. En cela, elle offre la plus grande analogie avec le groupe des scléroses périartérielles, ou périfasciculaires. Généralement peu accusées, quand elles sont isolées, ces scléroses peuvent s'expliquer suivant le cas : soit par une hypergénèse des éléments du tissu conjonctif consécutive, à l'adultération du périartère par une infection d'origine lymphatique ; soit par la destruction des cellules connectives par les poisons en circulation ; soit par un œdème interstitiel chronique de nature toxique, comme dans le cœur rénal (vaso-dilatation par les toxines). Enfin, à ces scléroses périartérielles ou périfasciculaires, il faut associer la

Digitized by Google

sclérose diffuse du cœur sénile, conséquence de l'atrophie diffuse, généralisée, des éléments musculaires.

Les trois grands modes pathogéniques de sclérose cardiaque que nous venons de passer en revue peuvent se grouper plus ou moins chez un même individu. Mais ordinairement, on voit prédominer tantôt la sclérose dystrophique par ischémie artérielle, tantôt la sclérose périartérielle : la première dissociant et détruisant le faisceau musculaire, du centre à sa périphérie, la seconde le détruisant de sa périphérie au centre.

Comme nous l'avons fait remarquer au début de cet article, on ne peut, en aucun cas, placer le processus inflammatoire au début des accidents et dire qu'il s'agit d'une inflammation primitive. Il serait plus juste, pour définir les myocardites, d'employer le terme de *dystrophies primitives aiguës ou chroniques*, au lieu d'inflammation primitive aiguë ou chronique du myocarde.

Au reste, cette interprétation pathogénique est aujourd'hui parfaitement admise pour les lésions chroniques. Il suffit de rappeler qu'elles ont été tour à tour désignées sous les noms de scléroses, de panscléroses, de fibrose artério-capillaire, de polyscléroses viscérales, et que le terme de myocardite n'a même plus été utilisé par les défenseurs de la théorie inflammatoire primitive (inflammation chronique fibroïde, inflammations interstitielles polyviscérales de Bard).

Tout récemment enfin, M. Grasset, admettant également l'inflammation primitive du tissu conjonctif, propose le terme de sclérose multiple disséminée, au lieu de sclérose polyviscérale, dans le double but d'exprimer d'une façon succincte « l'étendue des lésions et la discontinuité des lésions ». Il rejette l'artériosclérose comme élément étiologique, parce qu'il « n'est pas démontré qu'elle est la cause de toutes les autres scléroses ». Il l'a « trouvé souvent, mais pas toujours ».

Certes, si l'on considère l'artério-sclérose comme une lésion, si l'artério-sclérose est synonyme d'induration artérielle, d'athérome, d'oblitération des petits vaisseaux; si l'on n'accepte pas l'idée générale de la diathèse, de la « maladie » artério-sclérose, au sens dynamique et non organique du mot, un certain nombre de scléroses pourront paraître indépendantes des lésions de l'arbre vasculaire.

Cependant, il est impossible de ne pas rattacher les idées théoriques aux faits observés. Or, nous avons toujours retrouvé, sinon la participation effective des artères (endartériolite oblitérante) au processus scléreux (sclérose dystrophique), du moins la topographie caractéristique des scléroses périartérielles, périveineuses ou périfasciculaires. Et nous avons vu suivant quel procédé pathogénique ces variétés topographiques devaient être interprétées. C'est ainsi qu'il faut faire intervenir l'élément étiologique, non seulement pour expliquer les aspects différents et les localisations particulières du processus scléreux, mais surtout pour fixer les bases d'une thérapeutique rationnelle.

Avec M. Grasset, nous admettons donc volontiers que, pour chaque cas particulier, il faut la collaboration de « plusieurs causes », et que l'étiologie des scléroses comprend, comme nous l'avions d'ailleurs déjà fait remarquer, les infections aiguës, les intoxications diverses et un certain nombre de causes, à effet durable et prolongé, telles que la diathèse arthritique, l'alcoolisme chronique, la syphilis, la sénilité, le paludisme, les auto-intoxications alimentaires surtout, selon l'opinion depuis longtemps établie et défendue par M. Huchard.

Aussi doit-on fixer les indications thérapeutiques d'après les éléments étiologiques, avant d'instituer le traitement de la lésion scléreuse. Le seul médicament qui convienne à cette dernière est l'iode, sous forme d'iodures : « iodure de potassium (s'il y a syphilis ou localisation respiratoire ou cardiaque), iodure de sodium (s'il y a lésion artérielle avec hypertension), ou même l'iode (la teinture qui est beaucoup mieux tolérée à la dose de dix à vingt gouttes par jour, dans du lait) ».

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Traitement de l'ulcère gastrique par le repos absolu de l'estomac

Par le Dr Mérigot de Treigny
*ex-interne des hôpitaux*

Le traitement de l'ulcère de l'estomac doit réaliser d'abord les conditions les plus favorables à la cicatrisation spontanée de la plaie, en écartant toutes les causes d'irritation mécanique et chimique ; puis, si possible, tenter d'activer le travail de réparation par l'emploi de topiques ou modificateurs locaux. Mais l'ignorance du mode de production de cette lésion, la difficulté de juger des progrès de la cicatrisation par l'atténuation des symptômes fonctionnels et les modifications des phénomènes douloureux, tous signes souvent infidèles, rendent délicate l'appréciation de la valeur exacte des divers médicaments employés comme cicatrisants. De plus, la possibilité de trouver en défaut la doctrine de l'hyperchlorhydrie peut faire naître des doutes sur l'efficacité réelle de l'alcalinisation à outrance, dont l'action s'exerce peut-être plus sur le symptôme douleur, que sur la lésion anatomique elle-même. Aussi, sans rejeter l'emploi de ces médicaments, doit-on s'appliquer surtout à diriger le traitement hygiénique et en particulier à obtenir le repos de l'organe, suivant le conseil donné déjà par Cruveilhier.

Dans les formes bénignes, le repos général relatif et le régime lacté intégral peuvent suffire. Le lait, en effet, réduit au minimum la fatigue et les efforts gastriques; en dehors de la distension à laquelle les fortes doses peuvent soumettre l'estomac (Debove), il est l'aliment de choix. Mais, dans les formes graves, ce traitement ne réussit pa

Digitized by Google

à calmer les douleurs et à conjurer les accidents, un autre plus radical s'impose. Le mieux est alors de mettre l'estomac au repos absolu, de confiner le malade au lit et de renoncer momentanément à toute tentative d'alimentation gastrique, en y suppléant dans la mesure du possible.

Mais cette méthode doit-elle être exclusivement réservée aux formes graves et, d'ailleurs, les cas d'ulcères latents, dans lesquels les plus dangereuses complications éclatent soudainement, ne nous montrent-ils pas que l'absence d'accidents actuels ne saurait donner qu'une fausse sécurité ? Ne peut-on pas dire que tout malade porteur d'un ulcère de l'estomac est en imminence de danger ? Ces considérations expliquent comment certains médecins ont été amenés à généraliser ce traitement. Pariser (1895) par exemple, essaie d'abord le régime lacté et le sous-nitrate de bismuth, puis, si le résultat est insuffisant, arrive rapidement à l'immobilisation combinée à la diète absolue pendant 6 à 12 jours. Donkin (1890), dans les cas rebelles, conseille la même pratique pendant 15 à 20 jours, puis une alimentation exclusivement liquide pendant 15 autres jours. Il cite à l'appui de son opinion 9 résultats favorables. Ziemssen, Lépine et d'autres auteurs ont eu également recours avec succès à ce moyen. Enfin Ratjen, de Hambourg, plus radical encore, rejette systématiquement l'emploi de tout médicament et prescrit d'emblée à tous ses malades un repos complet, général et local pendant 10 à 15 jours.

Pour immobiliser l'estomac, la première condition est d'exiger du malade le repos absolu au lit et de réduire même dans cette position les mouvements au minimum. Habituellement on fait faire sur la région de l'estomac des applications permanentes de compresses imbibées d'eau chaude, recouvertes de taffetas gommé et renouvelées aussi souvent qu'il est besoin. Si l'effet antiphlogistique est douteux, l'action antidouloureuse est appréciable. Dans le cas d'hémorragie ou de menace de perforation ces compresses seront avantageusement remplacées par une vessie de glace. Le froid local intense, qui en résulte, peut bien provoquer au début quelques contractions, mais celles-ci ne tardent pas à disparaître et l'effet ultérieur est très utile.

On peut faire absorber de petits fragments de glace ou quelques cuillerées d'un mélange alcalin glacé, à condition de n'user que de petites quantités d'eau, mais à cela doit se réduire le rôle de l'estomac. Le second point de ce traitement de rigueur est en effet la diète absolue, qui supprime les alternatives de distension et de rétraction de l'estomac et surtout l'excitation sécrétoire. Le malade ne doit prendre aucun aliment tant liquide que solide et c'est là une prescription parfois difficile à faire accepter du malade et de son entourage toujours préoccupé des dangers d'une faiblesse croissante. L'alimentation rectale doit venir suppléer à la suppression des fonctions gastriques. On sait à quelles controverses ce procédé a donné naissance et combien de physiologistes et cliniciens ont varié sur l'appréciation de sa valeur. En écartant toute considération théorique, des faits suffisamment nombreux prouvent sa légitimité. C'est ce que M. Huchard a démontré dans ce journal (voir *J. des Praticiens*, 1895, 2e sem., p. 98), en exposant et en discutant cinq faits tirés de la pratique de MM. Lépine et Tournier. Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à son argumentation, qui établit la valeur nutritive réelle des lavements alimentaires.

Les formules adoptées par les auteurs sont très nombreuses ; on en trouvera plusieurs dans la revue de M. Huchard. Disons seulement que le plus souvent on utilise les peptones, une cuillerée à soupe de peptones sèches, non acides, par lavement. D après Beaumetz, ce sont les seuls principes capables de maintenir la température et d'augmenter l'excrétion de l'urée. Par contre, Ewald conclut à l'absorption et à l'effet utile des œufs, même non peptonisés et, en fait ils sont aussi très habituellement employés. Les recherches d'Huber ont montré qu'on en favorisait l'assimilation en les additionnant d'une petite dose de sel marin, un gramme par œuf, une plus forte dose amenant l'intolérance de l'intestin. Tantôt on ne donne que le jaune de l'œuf, tantôt on administre l'œuf entier, battu jusqu'à ce que le blanc ne file plus, même dans ce cas on n'aurait pas à redouter l'albuminurie (Huber). L'amidon, la glucose ont été aussi employés (Müller, Ewald).

Le véhicule est tantôt le lait, qui se mélange intimement aux œufs, tantôt le bouillon dégraissé à froid, pur ou additionné de vin, ce qui produit un effet plus stimulant. L'addition de laudanum à la dose de III à V gouttes peut être utile pour faciliter la tolérance de l'intestin.

Quant aux préparations adoptées par Leube et Maragliano, ce sont des produits de digestion artificielle obtenus avec des fragments de pancréas frais et les difficultés pratiques en restreignent forcément l'usage.

Quelle que soit la composition du lavement, la quantité ne doit guère excéder 200 grammes pour chaque dose. L'intestin débarrassé au préalable par un grand lavement s'il y a lieu, on introduit lentement ce liquide tiède au bain-marie. Le plus simple pour cela est de se servir d'une poire en caoutchouc ou de l'entéroclyseur auquel on adapte une sonde uréthrale de caoutchouc rouge, dite sonde de Nélaton. On arrive de cette façon à porter le liquide assez haut dans l'intestin, pour augmenter la surface d'absorption et obtenir une tolérance suffisante.

Ces lavements peuvent être répétés 3 à 4 fois par 24 heures, soit toutes les 6 à 8 heures, mais il faut compter avec la susceptibilité particulière à chaque malade. Si le lavement est rendu immédiatement, on peut espérer calmer les contractions de l'intestin, en augmentant pendant quelques jours la dose de laudanum. Mais parfois les lavements sont gardés un certain temps, tout en n'étant pas absorbés, et ils provoquent de la diarrhée ; on doit alors les espacer, puis, si les accidents continuent et si les matières rendues prennent une grande fétidité, on peut être forcé de renoncer à ce traitement.

Digitized by Google

Si le rectum peut être utilisé pour l'absorption de substances alimentaires, il doit surtout être employé à l'introduction de l'eau qui est d'une utilité encore plus pressante pour l'entretien de la vie. Tandis que la suppression d'aliments peut être assez longtemps tolérée, la privation de liquides au contraire est très rapidement funeste. Même dans les cas où la sécrétion urinaire se trouve réduite au minumum, comme cela se voit chez certaines hystériques anorexiques, l'élimination d'eau par la muqueuse respiratoire rend urgent l'apport des liquides. L'intensité et la rapidité de l'absorption de l'eau par l'intestin permettent heureusement de parer à la déshydratation en injectant des doses de 100 à 150 grammes, indépendamment des lavements alimentaires.

Enfin, dans les cas où la diarrhée s'opposerait à l'emploi de ce moyen, il ne faudrait pas hésiter à recourir aux injections sous-cutanées de sérum artificiel. Ce moyen d'exception peut, dans les cas d'hémorragie ou de perforation, être d'autant plus utile qu'il joint à l'apport de l'eau une action stimulante bien établie aujourd'hui.

L'absorption de l'eau par l'intestin atténue dans une certaine mesure la sensation interne de la soif, mais, pour calmer la sensation buccopharyngée qui l'accompagne, il faut faire sucer de la glace, ou même faire avaler un peu de glace concassée, ou quelques gorgées d'eau glacée. De même, pour modérer la faim, de petites doses de cocaïne ou d'opium peuvent être administrées par l'estomac.

Tels sont les principes et le mode d'application de l'alimentation rectale. Il nous faut maintenant en juger les résultats. L'amaigrissement varie avec la tolérance et la rapidité d'absorption rectale. La perte de poids ne fut que de 2,700 grammes en 94 jours chez la malade de Maragliano ; elle atteignit 4,800 grammes en 26 jours dans un cas de Lépine. Enfin Ratjen, qui soumet ses malades à une diète de 10 jours, indique une moyenne de 3,250 grammes pour cet espace de temps. D'après Donkin, il faut toujours s'attendre à un amaigrissement considérable, quelle que soit la composition des lavements, mais ce dépérissement est vite réparé après le retour à l'alimentation.

Grâce à l'immobilité, l'état général ne subit pas, le plus souvent, de dépression notable, le pouls garde une tension presque normale, et les accidents cardiaques sont exceptionnels. Clutton (1890) chez une fillette de 4 ans, atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage et nourrie exclusivement par le rectum, a même vu l'état général se remonter suffisamment en un mois pour qu'une intervention chirurgicale, jugée impossible auparavant, pût être faite alors avec succès.

La composition des urines a été peu étudiée, cependant dans un cas récent d'ulcère avec perforation, Rabé vit le taux des urines se maintenir entre 500 et 600 grammes par jour pendant 12 jours de diète absolue. L'urée oscilla entre 15 et 20 grammes sur deux malades de Daremberg, traités par l'alimentation rectale exclusive pour une obstruction des premières voies digestives.

La diète absolue, grâce à la suppléance exercée par les lavements alimentaires, est donc compatible avec l'entretien de la nutrition ; elle exerce d'autre part une action des plus salutaires sur l'ulcère gastrique. L'atténuation rapide des douleurs et des vomissements est la conséquence ordinaire du repos absolu de l'estomac (Donkin) ; elle survient parfois dès le premier jour et la modification est si complète en général, qu'elle dispense de toute médication spéciale. On pourrait craindre les effets de la stagnation d'un suc gastrique non dilué par les aliments ; mais il paraît résulter, au contraire, des faits observés, que la sécrétion gastrique est dans ces cas très pauvre en acide chlorhydrique. C'est ce que signalent notamment Ratjen et Tournier. Ce dernier conclut de ses études, que l'inaction gastrique prolongée est capable de modifier favorablement, sinon de guérir, les excès de sécrétion de l'estomac et aussi son insuffisance motrice. Pariser a noté aussi le retrait de l'estomac chaque fois que sa musculature n'était pas absolument forcée. Ce traitement n'est donc pas seulement une médication symptomatique, mais peut aider à la cicatrisation de l'ulcère et abréger notablement la durée du traitement (Ratjen).

Les hémorragies de l'ulcère, souvent si menaçantes, sont dans bien des cas rapidement arrêtées par cette méthode. Liebermeister, Donkin en ont signalé de très bons résultats. Nous-même avons vu ce traitement, aidé seulement de l'administration de teinture d'hamamelis, arrêter rapidement, à deux époques différentes, des gastrorrhagies assez abondantes chez un homme qui présentait tous les symptômes de l'ulcère de l'estomac. La diète fut maintenue cinq jours de suite sans aucun préjudice.

Cette pratique s'impose d'une façon absolue dans les cas de perforation ; on sait, en effet, combien l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac influe sur le pronostic des perforations stomacales. La suppression complète de l'alimentation aidée de l'administration de l'opium a donné des guérisons même sans intervention chirurgicale.

Cette suppression fut prolongée neuf jours par Bulger (1893), chez une femme atteinte de perforation soudaine. Le treizième jour, la malade était en état de se lever et sa guérison se confirma rapidement. Barton (1890), a publié un fait de perforation avec collapsus et péritonite, puis selles sanglantes, dans lequel la guérison fut obtenue après six semaines d'une alimentation rectale presque exclusive. Nous avons déjà cité le cas assez analogue rapporté par Maragliano en 1893. Enfin, cette année, Rabé a relaté un autre exemple : la perforation étant douteuse au début, en fit d'abord une timide tentative d'alimentation, qui fut suivie rapidement du réveil des douleurs ; le malade fut alors maintenu douze jours à une alimentation exclusivement rectale et guérit.

Sans doute ce traitement ne saurait être érigé en méthode exclusive et, lorsque les conditions sont favorables à l'action opératoire, nous croyons plus prudent d'y recourir ; mais, après l'opération comme avant, l'alimentation

Digitized by Google

rectale exclusive peut être utile. Elle a été employée avec succès pendant trois jours par Le Dentu et Mauclair (1897); pendant une semaine par Warrigton Haward (1893). Le même traitement fut maintenu onze jours chez un opéré de Hustings Gilford (1893), mais le malade mourut à ce moment de septicémie.

La durée d'application de la diète absolue est difficile à établir. Elle dépend de la tolérance de l'intestin et de la résistance de l'état général. Sans doute les observations de Maragliano et Clutton, que nous avons citées, doivent être considérées comme exceptionnelles; mais, dans bon nombre de cas, on pourra persévérer dix à quinze jours (Ratjen) ou vingt jours (Donkin) et même plus, puisque M. Huchard cite dans son travail trois cas dans lesquels le traitement fut continué avec avantage pendant un mois. La disparition durable des douleurs et des vomissements est en général le meilleur signe d'une amélioration suffisante pour tenter la reprise de l'alimentation normale. D'autre part, le degré d'amaigrissement, l'état des forces, les caractères du pouls indiqueront la limite jusqu'à laquelle on peut sans danger continuer la diète.

Lorsque la reprise de l'alimentation aura été décidée, on commencera par des aliments absolument liquides, d'abord le lait froid, ou même glacé, donné par doses de 50 à 100 grammes toutes les heures, puis de 200 à 300 grammes toutes les deux heures. De plus fortes doses exposeraient l'estomac à une distension dangereuse. Si cette complication se produisait, il faudrait s'adresser à la poudre de viande. En élargissant progressivement le cercle des aliments permis, on aura soin d'écarter tous ceux qui sont capables d'exciter trop fortement la sécrétion gastrique, ou de subir des fermentations: les autres ne seront donnés que dans un état de division suffisante pour supprimer dans la mesure du possible le brossage de l'estomac.

On exigera du malade une heure de repos dans la position horizontale après chaque repas. La constipation enfin sera surveillée, car les efforts de défécation sont souvent l'occasion de reprises d'hémorragies. Les alcalins, inutiles pendant la diète, pourront de nouveau être indiqués, si l'excitation provoquée par les aliments ramène une sécrétion plus acide et des douleurs.

En résumé : L'immobilisation de l'estomac par la diète absolue est un moyen d'urgence d'une nécessité indiscutable en présence de certaines complications de l'ulcère (hémorragie, perforation) et qui devra être employé même si l'alimentation rectale est impossible; l'injection d'eau dans l'intestin ou dans le tissu cellulaire sous-cutané pouvant prolonger la vie plusieurs jours et permettre d'attendre l'atténuation des accidents. Si l'alimentation rectale est bien tolérée, la suppression de toute nourriture pourra être continuée plus longtemps.

La diète absolue, corrigée par une alimentation rectale bien supportée, est encore un moyen très utile dans les formes graves d'ulcère, elle permet d'obtenir, presque sans médicaments une atténuation rapide des douleurs et des vomissements; elle semble même modifier l'ulcère lui-même et abréger la durée du traitement.

Enfin les résultats satisfaisants obtenus dans une maladie aussi fertile en surprises que l'ulcère de l'estomac expliquent que certains auteurs n'attendent pas l'apparition d'accidents sérieux, pour recourir à cette pratique et l'érigent en méthode systématique applicable à tous les cas.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Hallucinations de la vue d'origine toxi-alimentaire.** — M. le Dr Tronchet (de la Rochelle) rapporte une observation intéressante : Femme de 68 ans, un peu adonnée à la boisson, atteinte, il y a quatre ans, de troubles dyspeptiques sérieux avec dilatation de l'estomac, fut prise, le 8 novembre 1896, alors qu'elle était à table, d'hallucinations visuelles qui se reproduisirent et se multiplièrent les jours suivants (grand rayon lumineux de couleur orangée se dirigeant sur elle, vue de confetti un peu partout, hallucinations un peu terrifiantes, etc.). Sans doute, l'alcoolisme pouvait jouer un rôle; mais il est plus que probable qu'il faut invoquer l'influence de l'alimentation, puisque, d'une part, ces symptômes apparaissaient presque toujours après l'alimentation composée de bouillon gras et de viande le soir, et que, d'autre part, ils finissent par disparaître au moyen du régime alimentaire et de deux purgatifs. Néanmoins, les urines examinées n'ont jamais contenu rien d'anormal, ni sucre, ni albumine. — R. D.

**Des dégénérescences du cornet inférieur.** — Le cornet inférieur a un développement embryologique propre, même chez les mammifères. L'anatomie, la physiologie de cet organe et son histologie ont des particularités propres. Aussi, Crouzillac (*Th. de Toulouse* 97) en a conclu que le cornet inférieur devait avoir une pathologie propre.

Pour lui, cet organe présente deux types de dégénérescence qui lui sont particuliers : 1° la dégénérescence fibro-muqueuse, qui peut être totale ou partielle (antérieure ou postérieure); 2° la dégénérescence lisse et colloïde. En outre, il peut y avoir une dégénérescence intermédiaire : la dégénérescence papillaire.

Toutes ces lésions sont dues à des lésions inflammatoires et passagères, fréquemment réitérées. Les lésions se présentent sous deux aspects différents; savoir : stade de congestion, stade d'organisation. L'étiologie et la symptomatologie de ces lésions n'offrent rien de spécial; si bien qu'on peut les confondre avec les papillomes (tumeurs très rares) et la fausse hypertrophie. Ces lésions peuvent donner lieu à des névroses réflexes qui ont leur point d'origine dans le tiers postérieur du cornet. D'un diagnostic délicat, elles offrent un pronostic bénin. Quant au traitement, il devra être plutôt chirurgical que médical, ce dernier ne donnant que rarement un résultat complet.

**Albuminurie intense cyclique familiale.** — Des cas en ont déjà été signalés par Heubner, Moxon, Schœn. Lacour (*Lyon médical*) rapporte trois nouvelles observations d'enfants d'une même famille, chez qui l'affection ne s'est manifestée que par quelques malaises insignifiants.

Il s'agit là d'une affection bénigne et, comme conclusion, Lacour soutient que la maladie de Pavy revêt assez souvent le type familial et que ce caractère est un argument en faveur de la nature diathésique goutteuse de l'affection.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

**Cœur et bicyclette.** — « *Faute d'exercitation corporelle est cause unique de peu de santé et briefveté de la vie.* »

Telle est la pensée que je lisais, il y a quelques jours seulement, dans les œuvres de François Rabelais, et qu'il prête à un « grand médicin », Othoman Vadare Cela est vrai. Mais, n'y a-t-il pas, comme pour toute thérapeutique hygiénique, une sorte de posologie de la médication? N'y a-t-il pas des contre-indications, et l'exercice de la bicyclette peut-il être permis ou défendu à tous les cardiaques, et dans quelle mesure? L'an dernier, dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, au chapitre « hygiène du cardiaque », j'ai voulu formuler quelques règles à ce sujet, et l'on me permettra de reproduire tout ce passage, malgré sa longueur :

« Dans ces derniers temps, on a beaucoup médit de la bicyclette; on a signalé des morts subites arrivées à des cardiopathes, des intermittences du cœur et des dilatations cardiaques chez des individus auparavant bien portants. Une mort subite survenant pendant un exercice musculaire quelconque, à un *angineux* ou encore à un *aortique*, n'a rien de surprenant, et à ces malades comme aux *cardio-artériels* atteints de *dyspnée toxique*, le cyclisme doit être formellement défendu. Cette défense, quoiqu'elle vise alors des accidents beaucoup moins graves, est également applicable aux *cardio-valvulaires*, surtout lorsqu'ils auront déjà présenté quelques troubles de compensation. Quant aux *intermittences*, aux *faux pas du cœur* observés parfois à la suite de courses vélocipédiques même modérées, on les voit survenir surtout chez les dyspeptiques, ou chez ceux qui, n'étant atteints d'aucune affection gastrique, vont à bicyclette immédiatement après le repas, ou encore chez d'autres qui fument sur leur machine. Il y a ainsi deux prescriptions qu'il convient de faire, et c'est peut-être à l'une de ces causes, à la première sans doute, qu'est dû le fait (qui nous a été communiqué par Hallopeau) de faux pas du cœur survenant après des courses vélocipédiques. Nous le croyons d'autant mieux que le malade en question, ausculté par nous, ne présente aucune trace d'affection cardiaque.

« Chez un individu indemne de toute affection de ce genre, l'usage modéré de la bicyclette est incapable de nuire aux fonctions du cœur, et celui-ci ne parvient à être forcé que chez ceux qui se livrent à de véritables tours de force vélocipédiques. Du reste, le poumon ne souffre aucunement de cet exercice musculaire, comme J. Lucas-Championnière l'a bien établi; il acquiert même une plus grande capacité respiratoire. Aussi, chez certains cardiaques jeunes dont le myocarde et les artères ont gardé leur intégrité, chez les *mitraux* atteints plutôt d'une simple lésion que d'une maladie de cœur, nous ne serions pas éloigné de croire que la bicyclette, loin d'être nuisible, pourrait devenir un instrument de thérapeutique médicale; mais à la condition de doser cet exercice comme un médicament, de l'arrêter toujours à la fatigue, de défendre des vitesses trop grandes (pas plus de 10 à 12 kilomètres par heure), et les montées sur de trop fortes pentes; à la condition encore de prémunir les malades par des vêtements spéciaux contre toute cause de refroidissement. Mon collègue Toupet m'a cité l'observation d'un malade d'une trentaine d'années, atteint d'une insuffisance mitrale bien compensée, chez lequel l'exercice méthodique de la bicyclette a heureusement facilité l'action de monter sans essoufflement, ce qui était impossible auparavant. Voilà donc à l'étude une question intéressante, et le traitement d'Œrtel se ferait d'une façon agréable et utile, par le cyclisme! Mais, de nouvelles observations sont nécessaires pour nous faire sortir d'une très prudente réserve sur ce sujet.

En tous cas, on aurait tort de faire plus longtemps de l'exercice de la bicyclette un épouvantail pour toutes les maladies du cœur même lorsqu'elles sont bien compensées. »

Depuis que ces lignes ont été écrites, je ne me suis pas départi de cette « prudente réserve », quoiqu'en Angleterre, Samson ait proposé la bicyclette pour remplacer la cure de terrains d'Œrtel, quoique Fletchew Little l'ait indiquée comme moyen de traitement de la dilatation cardiaque, quoiqu'en France, Emile Martin, dans sa récente thèse inaugurale (1) ait vu dans la dégénérescence graisseuse du cœur la principale indication de l'exercice vélocipédique.

Lorsque cet exercice est exagéré, il peut faire naître des affections cardiaques, comme la dilatation du cœur, ainsi que Herschell (2) en a fourni des exemples; il peut même donner lieu assez brusquement à une insuffisance aortique par rupture valvulaire, comme mon cher collègue et ami Launois en a cité un cas en 1896, à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un malade, alors indemne de toute affection cardiaque ou aortique qui, après un trajet de 1.452 kilomètres en sept jours, de Paris à Madrid, présenta tous les signes d'une insuffisance aortique. Et l'on ne compte pas encore les myocardites par intoxication de surmenage qui lentement se développent ou s'accentuent, surtout chez les vieillards ou les artério-scléreux encore latents, dont le myocarde est insuffisamment nourri par des artères coronaires lésées ou rétrécies.

Un auteur anglais (3), Richardson indique un moyen, bien simple, trop simple de répondre à la question de savoir si un cardiopathe peut aller à bicyclette : « Le mieux, dit-il, est de laisser au malade lui-même, la responsabilité de trancher la question. » Hé bien, s'il est un cas où l'on ne doit pas prendre conseil du malade, c'est bien celui-là. Car, sur sa machine qui « ne demande qu'à marcher », le cycliste devient incapable de doser l'exercice, il ne sait plus distinguer l'usage de l'abus, en vertu d'un *état cérébral* bien particulier indiqué par Ph. Tissié, et qui tend à « provoquer une régression du moi conscient vers le moi inconscient, de la volition intellectuelle vers l'aboulie automatique ». M. Legendre a fait judicieusement remarquer que « la bicyclette n'est pas un sport comme les

(1) La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical, par G.-M. Emile Martin. (*Thèse in. de Bordeaux*, 1897).
(2) *The Lancet*, 1895.
(3) Cité par E. Martin.

Digitized by Google

autres ; elle s'en distingue par cette anomalie, que la fatigue, la tachycardie et les autres inconvénients sont comme dissimulés à l'individu qui s'y livre, trompé qu'il est par la facilité même avec laquelle cet exercice est accompli..... C'est une sorte d'inhibition du cerveau, d'automatisme, comme dit Tissié, par suite duquel la conscience de certaines sensations physiques s'engourdit, de même que la pensée s'obnubile ; cette sorte d'anesthésie, comparable de très loin sans doute, à celle du haschich, est même un des charmes de la course rapide à bicyclette, elle explique que beaucoup de gens lui demandent et en obtiennent l'oubli momentané des inquiétudes et des chagrins.., (1).

Il résulte de cet état cérébral, que vous aurez beau recommander avec L.-H. Petit, de ne jamais dépasser la vitesse de 18 kilomètres à l'heure et de ne jamais faire plus de 50 kilomètres par jour, il arrivera souvent au bicycliste d'être entraîné, *sans le savoir*, à transgresser ces sages et prudentes prescriptions. D'un autre côté, ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, et tel bicycliste qui s'astreint sagement à ne faire que 45 kilomètres en un jour, peut tomber malade pendant plusieurs mois. Comme le fait remarquer Faisans, le nombre des kilomètres à parcourir n'est qu'un des côtés de la question, et il y a encore à considérer la nature du terrain, la qualité de l'instrument et la qualité de l'homme : d'où il résulte, ajoute-t-il, qu'on ne sait pas où commence et où finit la modération, et que « pour la bicyclette, plus que pour les autres sports, il est beaucoup plus facile de s'abstenir que de se modérer ».

Puisque ce genre de ce sport peut élever rapidement les pulsations de 70 à 100, 150 et même 200 par minute, puisqu'il exagère la pression sanguine, qu'il porte son action sur le cœur droit dont il détermine assez rapidement la dilatation ainsi que celle du ventricule gauche, puisque son abus si facile donne lieu à des accidents de surmenage (fièvre, albuminurie, myocardite), on doit le défendre à presque tous les cardiaques, sans exception, même lorsqu'il s'agit d'une affection latente et bien compensée. La preuve, c'est qu'on a vu des rétrécissements mitraux, latents jusque là, entrer dans la période de décompensation, du jour où les malades ont fait usage et abus de la bicyclette.

Une autre contre-indication, indiquée par Le Gendre, est relative à l'*imperméabilité nasale*, qu'elle soit due à une déviation de la cloison, à une rhinite hypertrophique, ou à des végétations adénoïdes. Ces malades respirent surtout par la bouche, et il en résulte qu'ils ne peuvent aller à une allure assez vive sans éprouver de l'essoufflement rapide et de la tachycardie. La respiration nasale est indispensable aux bicyclistes, et lorsqu'elle est entravée pour une cause ou pour une autre chez les cardiopathes, il y a ainsi deux raisons pour défendre l'usage, même modéré de la bicyclette.

Depuis la première communication de M. L.-H. Petit à l'Académie de médecine en 1894, sept ou huit cas de morts subites survenues à bicyclette ont été signalés. Pour ma part, je crois cet accident beaucoup plus rare qu'on le croit généralement, et je n'ai connaissance que d'un seul fait mortel qui m'a été incomplètement rapporté au sujet d'un de mes malades atteint d'angine de poitrine coronarienne. Mais un accès angineux étant provoqué par un effort quelconque, on conçoit parfaitement qu'il puisse se produire même pendant un exercice vélocipédique très modéré, surtout lorsque le malade marche à une allure rapide, contre le vent, après le repas, et lorsqu'il gravit une montée un peu forte. J'ai même vu chez un homme de cinquante ans une aortite absolument latente jusque là se révéler pour la première fois à bicyclette, sous forme d'accès angineux auquel il n'a d'ailleurs pas succombé.

Quoique Richardson ait cité l'exemple d'un octogénaire qui s'est livré pendant assez longtemps et sans aucun accident à l'exercice modéré de la bicyclette, et qu'il ait pu en une journée faire un trajet de 80 kilomètres (ce qui n'est pas précisément de la modération), je suis d'avis que, passé un certain âge (60 ans par exemple), le médecin consulté doit se montrer très sévère à ce sujet, surtout lorsqu'il constate la moindre lésion du cœur, des vaisseaux ou des reins. A ce point de vue, les personnes âgées, celles notamment qui ont dépassé la soixantaine se montrent bien imprudentes...

En résumé, la bicyclette, même avec modération, doit être absolument PROSCRITE dans toutes les *cardiopathies artérielles* et l'*aortite* même lorsqu'elles sont latentes, la *dilatation* ou l'*anévrysme de l'aorte*, chez les malades atteints de *dyspnée toxi-alimentaire*, d'*angine de poitrine* coronarienne ou simplement nerveuse, de *cardio-sclérose* ou de *néphro-sclérose* même au début, de *tachycardie essentielle paroxystique*, de *pouls lent permanent* avec attaques syncopales, de *cardiopathies valvulaires* ayant déjà franchi la période d'hyposystolie, de *dilatation du cœur droit* consécutive à la dyspepsie ou à une affection des voies digestives, dans l'*âge sénile*, à toutes les périodes de la *tuberculose pulmonaire*.

La bicyclette doit être SURVEILLÉE dans les *affections valvulaires bien compensées*, et surtout lorsque les malades présentent des signes d'imperméabilité nasale. Parmi les maladies valvulaires, le *rétrécissement* mitral, affection dyspnéisante par excellence, offre le plus souvent une contre-indication à l'usage de la bicyclette. Les *intermittences* et les *faux pas du cœur* ne sont pas une contre-indication, puisque ces altérations de rythme cardiaque sont souvent indépendantes d'une lésion quelconque de l'organe ; mais il faut faire une exception pour la *forme arythmique* de la cardio-sclérose.

La bicyclette pourra être CONSEILLÉE utilement aux *né-*

(1) PH. TISSIÉ. Psychologie de l'entraînement intensif (*Revue scientifique*, 20 octobre 1894). — P. LE GENDRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 juin 1897).

Digitized by Google

*vropathes*, aux *anémiques* ou aux *chlorotiques*, aux sujets atteints de *goutte* ou d'*obésité*, de *diathèse urique*, de *varices* profondes des membres inférieurs, aux *dyspeptiques*, à la condition toutefois que les troubles gastriques n'aient eu aucun retentissement sur le cœur droit.

Enfin, la question du traitement de certaines affections du cœur par les exercices vélocipédiques, même bien dosés et modérés, doit être réservée, et à ce point de vue je répète ce que je disais l'an dernier : De nouvelles observations sont nécessaires pour nous faire sortir d'une très prudente réserve à ce sujet.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer et qui sont appuyées sur mon expérience personnelle et celle de différents auteurs, permettront, je l'espère, de résoudre plus facilement une des questions les plus délicates de la pratique médicale. Elles montrent au moins qu'il ne faut pas s'appuyer toujours sur la latence de certaines affections aortiques pour permettre de ne pas déconseiller l'usage de la bicyclette dans ces cas, et en outre du fait que j'ai observé et que j'ai cité, je veux encore à l'appui, remettre en mémoire l'observation suivante que Rendu rapportait à la Société médicale des hôpitaux (4 juin 1897) :

Un de ses confrères et amis, doué d'une excellente santé et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, usait de la bicyclette sans excès pendant les vacances. Il y a deux ans, en montant une rampe un peu forte, il éprouva des accidents graves caractérisés par des tendances syncopales, une anxiété épigastrique excessive, une douleur rétro-sternale persistante avec irradiations cervico-brachiales, en un mot avec les signes classiques d'une aortite aiguë. Bientôt, on constata de la dilatation de l'aorte, et le malade conserva longtemps une facilité extrême d'essouflement et de douleur rétro-sternale par l'action de monter rapidement les étages. Sous l'influence d'un traitement prolongé par l'iodure de potassium à petites doses, tous ces symptômes, avec la dilatation aortique, ont fini par disparaître depuis quinze mois, et la bicyclette a été naturellement abandonnée.

Sans doute, dans ce cas, comme Rendu l'a fait judicieusement remarquer, on ne peut pas dire que la bicyclette a été capable de créer de toutes pièces une affection de l'aorte, mais elle l'a certainement fait évoluer rapidement, alors qu'elle était à l'état latent.

J'ai dit encore que pour les personnes âgées, le simple usage de la bicyclette est toujours un abus. J'ajoute que celle-ci doit être encore défendue à ceux qui ne parviennent jamais à « s'entraîner ». En voici deux exemples que j'emprunte à M. L.-H. Petit :

Un homme de *68 ans*, prenant une leçon de bicyclette dans un vélodrome, descend de sa machine, se sentant mal à l'aise après trois tours de piste, et il s'affaisse sur le sol. — Un autre homme du même âge, « aussi maladroit au bout de trois semaines qu'au premier jour », et s'essoufflant sur sa machine, finit par mourir presque subitement comme le précédent malade.

Voilà des accidents qui donnent à réfléchir, et quoiqu'on puisse encore en discuter la fréquence, je ne vois jamais sans effroi, des gens de cet âge, se livrer imprudemment, comme des jeunes gens qu'ils veulent toujours être, aux exercices vélocipédiques, sans frein ni mesure (1). — H. Huchard.

## PATHOGÉNIE

**Pathogénie de la chlorose** (2). — La chlorose est l'apanage presque exclusif du sexe féminin. Quelques cas signalés chez l'homme ont paru relever des anémies de croissance. La chlorose vraie, celle qui a fait dire à Trousseau qu'on crée des anémies, non des chloroses, est si rare chez les garçons que l'axiome de l'exception confirmant la règle, peut-être invoqué.

Quoi qu'il en soit, même en admettant la chlorose des garçons, les idées développées n'en existent pas moins.

Les chlorotiques ont souvent des règles irrégulières ; l'évolution de la maladie n'est pas sans rapport avec la puberté ou parfois avec la ménopause.

D'autre part, aux approches de la menstruation, on note fréquemment une série de malaises, de douleurs, de céphalées, quelquefois d'éruptions, d'herpès, d'érysipèle. Les nourrices, qui exceptionnellement ont conservé leurs règles, voient à ce moment survenir chez leurs nourrissons de l'entérite, des érythèmes, etc.

Tous ces phénomènes d'ordre toxique s'apaisent après les règles.

Dès lors, on est porté à rechercher dans la zone génitale quelque cause explicative, de la nature infectieuse ou toxique.

Les tentatives dans le sens de la bactériologie ont fourni des résultats habituellement négatifs, bien qu'on ait décrit des parasites de divers ordres ; les chlorotiques, du reste, en général, ne succombent pas ; on ne peut examiner suffisamment les tissus ; en outre, les allures du mal, en dépit d'une légère et inconstante hyperthermie, ne sont pas celles de l'infection ; elles sont plutôt celles de l'intoxication, attendu qu'à l'aide de poisons divers, il est possible d'engendrer les principaux symptômes, les principales lésions, en particulier l'altération qualitative des globules.

Dans le but d'asseoir sur des faits précis cette hypothèse de l'auto-intoxication, j'ai injecté du sérum sanguin de femmes à la veille de la menstruation ou de suite après. Malheureusement, le sang recueilli par des scarifications du col utérin, nécessitées par l'état de l'organe, a été fourni en trop petite quantité ; j'ai injecté le sérum sous la

(1) Après la lecture de ces considérations pratiques, il faut que l'on me comprenne bien : Je ne suis nullement l'ennemi de la bicyclette ; au contraire, je pense que ce genre sportif peut être très utile hygiéniquement dans un grand nombre de circonstances. Mais toutes les bonnes médications ont leurs contre-indications, et celles de la bicyclette devaient être formulées plus nettement encore que je l'avais fait l'an dernier dans le *Traité de thérapeutique appliquée*. — H. H.

(2) Congrès de Moscou (août 1897).

Digitized by Google

peau de sept souris, quatre ont reçu le liquide puisé avant les époques, trois le liquide puisé après ; ces témoins, à doses égales, ont succombé avant les autres.

Le sérum d'une chienne au second jour des chaleurs a tué à 14 par kilog. de lapin, trois jours après la terminaison complète de ces chaleurs, cette toxicité s'est élevée à vingt ; les animaux sont morts par thrombose, par un processus mécanique.

L'insuffisance de ces faits est manifeste, bien que ces résultats soient dans le sens de quelques essais tentés par Carnot.

Il est, de plus, possible de remarquer que certaines chlorotiques ont des règles abondantes, que, d'autre part, des suppressions menstruelles ne provoquent pas toujours la chlorose.

A la vérité, il est permis de répondre que les brightiques émettent beaucoup d'urine, deux à cinq litres, la qualité importe autant que la quantité ; si les liquides d'émonction sont riches en eau, l'épuration se fait mal.

Il est également permis de répondre que les mêmes causes ne produisent pas toujours les mêmes effets : tel un choc amenant une tumeur blanche chez un tuberculeux, un accès, des dépôts d'urates chez un goutteux, une simple entorse chez un sujet sain ; ces résultats dépendent, en partie, de l'état de l'organisme.

Or, brusquement, à l'heure de la puberté, les échanges se modifient, la nutrition s'active ; ses déchets soudainement abondants réclament de nouveaux émonctoires. Plus tard, ces émonctoires sont créés, à côté d'eux des voies de suppléance qui suffisent pour une économie qui n'est plus à la période des grands bouleversements.

On a invoqué l'influence de la tuberculose, des tares héréditaires, des auto-intoxciations d'origine hépatique, intestinales.

Les descendants des bacillaires ont souvent des cellules de qualité inférieure ; j'ai prouvé la chose à plusieurs reprises au moment où l'intensité des actes nutritifs exige de la part de ces cellules des efforts, ces cellules, jusque là suffisantes, ne peuvent remplir le surcroit des fonctions qui leur sont révolues : de là une insuffisance plus fréquemment constatée chez ces tarées héréditaires. Un mauvais état du foie, de l'intestin ajoute ses effets morbides, favorise l'éclosion du mal, supprime les suppléances : ce sont là des causes, des éléments étiologiques, non pathogéniques ; on confond étiologie et pathogénie.

J'ajoute que les travaux de divers auteurs, de Curatulo, de Keiffer, etc., représentent l'ovaire, l'utérus comme des glandes internes ou plutôt mixtes, externes et internes.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que, pour certaines chloroses, sinon pour toutes, il y a lieu de rechercher si une partie des désordres fonctionnels ou anatomiques, caractéristiques de l'affection, ne dépendait pas de phénomènes auto-toxiques relevant d'une insuffisance de l'appareil utéro-ovarien, agissant comme glande interne ou organe d'émonction, surtout à l'heure des règles, de la puberté. — Dr Charrin, *médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.*

## CLIMATHÉRAPIE

**Indications et contre-indications de la cure d'altitude.** — Comme en toutes choses, on a usé et abusé de la cure d'altitude, aussi il est utile d'en préciser les indications et contre-indications. M. Huchard en a déjà touché quelques mots dans ce journal (voir n° 29, page 457). Mais nous croyons que la question est d'un caractère assez pratique pour nous permettre d'y revenir avec un peu plus de détails et d'en faire l'exposé d'après le livre remarquable de M. Regnard. « Il ne semble pas douteux, dit cet auteur, que, le séjour en montagne, amenant une hyperglobulie rapide, c'est à tout état où les combustions respiratoires sont diminuées, par suite d'un trop faible apport d'oxygène, que nous opposerons la cure de hauteur. Nous enverrons l'hypoglobulique se faire des hématies. A ce titre, les anémies de toute nature relèveront de la cure d'altitude. Mais les anémies sont de nature variée ; l'altitude convient-elle à toutes? Je réponds oui sans hésitation. » On voit combien l'opinion de M. Regnard diffère de celle qu'avait émise M. Huchard au sujet du traitement de la chlorose (*Journal des Praticiens*, mars 1897). Pour M. Regnard, tout jeune homme ou toute jeune fille pâle, bouffi, avec souffle veineux ou cardiaque, sera dirigé vers la montagne, et, dans ce cas, après l'avoir essayé pendant quelques semaines dans une station moyenne, on l'expédiera dans un lieu élevé (de 1.300 à 1.800 mètres). La seconde année, si les résultats sont favorables, s'il n'y a pas de contre-indications rhumatismales ou bronchiques, on pourra très bien l'aventurer dans des stations plus élevées (1.800 à 2,400 mètres). Dans l'anémie palustre, la cure de montagne est toute-puissante et rapidement puissante, mais on attendra, pour envoyer la malade à de grandes hauteurs, que toute crainte d'accidents pernicieux ait disparu.

Les convalescences de maladies infectieuses qui traînent sont souvent améliorées par la cure d'altitude, mais il faut être prudent et commencer par les faibles altitudes.

Certains dyspeptiques, aussi bien hypo qu'hyperchlorhydriques, se trouvent admirablement de la cure d'altitude. En peu de temps, l'appétit se restaure, devient vif, les digestions sont rapides, il n'y a plus d'aigreurs. Cela tient à deux facteurs : l'hyperglobulie, d'une part, et la simplification de la nourriture, d'autre part ; aussi, on ne saurait trop engager les dyspeptiques à rechercher les stations modestes et à fuir les hôtels palais où la table est généralement compliquée. C'est probablement la restauration des fonctions digestives qui amène une grande amélioration aux altitudes chez les gens atteints de congestions du foie, d'hémorrhoïdes et aussi d'eczéma.

Digitized by Google

En ce qui concerne les anémiques scrofuleux, les bronchites chroniques, il faudra être très prudent si l'on conseille la cure d'altitude.

Les affections nerveuses relèvent aussi de la cure de montagne, et la vie des altitudes est puissante contre la neurasthénie ; elle restaure le sang, les fonctions digestives ; moralement, elle éloigne les causes d'épuisement : le mondain s'y couche tôt, le joueur n'y trouve pas de tripot, le gourmand se contente forcément de peu, le sexuel se repose et dort, le travailleur exagéré est bien forcé de flâner, l'homme ennuyé oublie ses tracas.

Les morphinomanes, loin de toute officine, les hypochondriaques et les mélancoliques tireront également un excellent parti de la vie de montagne.

Contre-indications. — Il faut avouer, dit M. Regnard, que, si les cas qui relèvent de la cure sont bien nets et bien délimités, il n'en va pas de même de ceux pour lesquels elle est formellement contre-indiquée. Il reste sur ce point un certain vague, et c'est plutôt le tact qui, dans l'espèce, devra guider le praticien.

On n'enverra jamais dans la montagne un individu atteint d'une maladie aiguë, ou des convalescents chez qui la convalescence est rapide, d'autant qu'un changement d'hygiène près d'un état aigu pourrait ramener un retour offensif ; dans la convalescence d'états aigus, il faut éviter la précipitation et attendre que la convalescence soit traînante. Les phtisiques manifestement perdus, les tuberculeux hémoptoïsants ne seront pas envoyés à la cure d'altitude, où ils seraient isolés. Dans ce dernier cas cependant, on peut fort bien les diriger sur un sanatorium, car les grandes hémoptysies seraient un accident important dans un hôtel de montagne, les moyens de secours pourraient être nuls ; les hôteliers seraient effrayés, demanderaient le départ du malade, toutes choses très pénibles qui ne sont nullement à redouter au sanatorium.

Les cardiaques n'ont que faire de la cure d'altitude qui leur serait, au contraire, préjudiciable. L'athérome, l'emphysème, la bronchectasie ne contre-indiquent pas le séjour en montagne, mais ne l'indiquent pas non plus.

Il est d'opinion courante que les arthritiques doivent éviter la haute montagne ; le fait est vrai, si on veut parler des personnes mal disposées, qui ne peuvent supporter la plus faible brise le plus léger refroidissement, le plus faible brouillard, sans prendre le lit avec un rhumatisme articulaire aigu ou d'intolérables névralgies ; mais le rhumatisant vulgaire, qui vit de l'existence commune, n'a aucune raison de s'abstenir de l'air des montagnes, il n'a simplement qu'à faire plus attention qu'un autre.

La montagne est excellente aux phobiques, aux hypochondriaques, mais elle ne sert à rien dans les cas d'épilepsie ou d'hystérie, elle est même dangereuse.

Enfin, une dernière et grave contre-indication à la cure d'altitude est tirée de l'état moral, de la situation intellectuelle des malades. L'esprit dit *mondain* est une grande contre-indication à la cure de grande altitude. « Il s'est établi chez nous, dit M. Regnard, une idée singulière, mais bien enracinée : les séjours d'été de cure doivent être des séjours d'amusement, reproduisant exactement les plaisirs de l'hiver et justement ceux qui ont amené l'épuisement nerveux ou la maladie qu'il s'agit de traiter et de guérir.

La thérapeutique y compte vraiment pour peu de chose. Je ne voudrais nommer aucun endroit spécialement ; mais, en débarquant dans la ville d'eaux, ce qui nous frappe, c'est la somptuosité des hôtels, puis un bâtiment immense ; c'est le casino. Entrez : un orchestre, deux orchestres font entendre leurs éclats. Ici, on danse dans une salle surchauffée par le gaz, les fenêtres ouvertes de tous côtés lancent une bise traîtresse sans arriver à rafraîchir l'atmosphère torride et viciée. Plus loin, c'est le théâtre ; tous les soirs une troupe médiocre ressasse les inepties usées l'hiver à Paris. Puis, voilà une porte qui s'ouvre, et vous apercevez des salles plus sombres et plus silencieuses, mais elles sont bondées de gens assis autour de tapis verts, remuant l'argent et les billets ; énervés, angoissés et passant la nuit à retourner des cartes ; ces repaires-là ne ferment qu'au petit jour, et ce sont *les officiels* ; les clandestins ne ferment jamais. Voilà pour la nuit ! mais le jour ? Le jour, ce sont les assauts de toilettes, le serrage des tailles et l'éternelle musique, trois, quatre fois en 12 heures. Le restaurant à l'instar de ceux du boulevard vous offrent leur cuisine compliquée et leurs vins frelatés. Ajoutez que les filles galantes des villes sont venues là prendre leurs quartiers d'été, cherchant et poursuivant leur clientèle... »

Et que si l'on conseille la cure d'altitude à ces gens de casino, de deux choses l'une, « ou ils partiront le jour de leur arrivée en vous maudissant et ils regagneront par l'express le tripot de leurs amours », ou bien, se sentant vraiment souffrants, ils resteront, mais leur séjour, rongé par l'ennui, la résignation, l'horreur de la vie qui leur est imposée, ne leur sera nullement profitable et leur asthénie nerveuse s'accroîtra. — M. D.

## CHIRURGIE

**L'orchite typhoïdique.** — L'orchite typhoïdique appartient au groupe des orchites infectieuses, au même titre que celles qui compliquent la variole, la scarlatine, les oreillons. Elle éclate ordinairement au déclin de la fièvre, du 25e au 30e jour, parfois dans la convalescence, et son apparition n'est nullement en rapport avec une malignité plus ou moins grande de la maladie.

Toujours unilatérale, elle a un début, rarement insidieux, la plupart du temps annoncé par une recrudescence des phénomènes fébriles. En même temps que la douleur, se montre un gonflement du testicule, auquel la vaginale participe d'une façon modérée. Le liquide séreux s'observe en plus grande abondance, quand l'inflammation porte sur l'épididyme et l'on a alors devant soi une

Digitized by Google

lésion qui rappelle celle de l'orchite blennorrhagique ; ce tableau clinique est l'exception et généralement il s'agit d'une orchi-épididymite, avec phénomènes plus accusés du côté de l'épididyme. — Les douleurs sont exaspérées par les frottements, les froissements de la glande et sa palpation, que le malade supporte difficilement ; mais, en général, cette période d'acuité dure peu, et assez rapidement survient la résolution, qui est la règle. On a signalé quelques cas rares d'atrophie, et Dieulafoy, Jaccoud, Hanot, etc., ont cité des exemples de suppuration.

Cet aspect clinique de l'orchite typhoïde est peu variable et a été vérifié à nouveau par M. le Dr Berthoud (*Arch. de méd. milit.*) sur deux jeunes soldats ayant présenté cette complication au cours d'une dothiénentérie.

Seule, la pathogénie de cette orchite infectieuse est mal élucidée ; deux opinions sont en présence : « L'orchite est-elle une infection secondaire, au sens propre du mot, c'est-à-dire un désordre microbien se greffant sur la maladie primitive causée elle-même par un autre agent pathogène ? Est-elle, au contraire, le résultat d'une généralisation du bacille d'Eberth, capable de frapper successivement des appareils, des organes très éloignés les uns des autres ? »

Pour les partisans de la première hypothèse, Chantemesse, Widal, Sabourin, Huchard, etc..., l'orchite serait causée par des embolies bactériennes s'arrêtant dans le testicule pour y produire une inflammation, de même qu'elles peuvent atteindre le foie, le cœur, les reins.

M. Berthoud, se basant sur les deux cas qu'il a pu observer et les rapprochant de faits analogues de Halbout, Sadrain, Dorquier, etc..., est d'un avis contraire et tend à voir dans l'orchite typhoïdique une inflammation d'origine urétrale ne gagnant le testicule qu'après une altération de la région prostatique. La lecture des deux observations paraît, en effet, donner raison à l'auteur qui a, en outre, le mérite d'avoir attiré l'attention sur les accidents urétraux qui précèdent fréquemment l'orchite typhoïdique et qui semblent faire admettre entre ces deux lésions une relation de cause à effet. — L. F.

## OTOLOGIE

**Quel est l'avenir des otorrhéiques ?** — A voir l'indifférence pour ne pas dire le mépris qu'affectent beaucoup de praticiens pour ce léger écoulement de l'oreille, l'otorrhée, on pourrait croire que la question est superflue, ou au moins que sa discussion est sans utilité pratique.

Si pareille secrétion purulente se produisait aux yeux, voire même aux mains ou aux pieds, le médecin n'hésiterait pas à intervenir, à faire appel à ses connaissances chirurgicales, peut-être même, dans les cas embarrassants, au concours d'un confrère ; ce qui est regardé comme pathologique pour les yeux ou toute autre région n'est plus qu'un incident, un rien, une chose méprisable quand on l'observe aux oreilles, heureux encore quand ce flux anormal n'est pas regardé comme une chose salutaire, à laquelle il faut se bien garder de toucher, encore bien moins essayer de guérir par crainte qu'il ne se porte ailleurs ; c'est la vénération de l'ancien cautère qui s'est transportée à l'otorrhée ; s'il y a métastase, ce n'est que dans l'objet du culte et non dans les faits bien observés de maladies se produisant à distance à la suite de l'arrêt d'un écoulement purulent de l'oreille ; nous pouvons affirmer hardiment que ces faits n'existent pas ; il est bien entendu que nous ne rangeons pas dans ce cadre les affections osseuses du temporal ou cérébrales qui apparaissent dans le cours d'une otorrhée ou dont les premiers symptômes se manifestent quand l'écoulement diminue ; ce ne sont là que les vulgaires *complications de l'otorrhée*, qui en sont la *conséquence directe* et non des affections de suppléance, métastatiques.

Sans examiner l'oreille d'une façon scientifique, car je n'appelle pas ainsi regarder l'intérieur du conduit auditif en plaçant le malade près d'une fenêtre, ou à portée d'une lampe, on se figure aisément que la secrétion est tarie parce qu'on ne voit rien sortir par le méat ; or, très souvent, il y a simplement rétention du pus soit parce que la perforation du tympan est trop petite ou fermée par des polypes, des accumulations de pus épaissi, caséeux, soit encore parce que le pus se forme en trop petite quantité pour couler au dehors du conduit, et se concrète dans le fond de la caisse du tympan ; la guérison n'est donc qu'apparente.

Il est curieux de constater qu'en notre siècle, si éclairé à bien des égards, il y ait encore tant de gens qui ignorent ce que l'on entend par les oreilles; ils savent que, s'ils ont mal aux yeux, la vision pourra être diminuée ou abolie, que si les jambes sont atteintes, la station debout ou la marche pourront être moins sûres, mais ils sont tout étonnés de constater qu'ils entendent moins bien quand leur oreille est malade depuis des mois et des années ; cette erreur, pardonnable au public qui ignore la construction et la fonction de nos organes, ne l'est pas au médecin quand il conseille l'abstention d'un traitement sérieux, comptant sur les efforts de la bonne nature ou sur la puberté s'il s'agit d'un enfant.

Rappelons donc, pour ceux qui l'auraient oublié, qu'une suppuration de l'oreille moyenne, ne durât-elle que quelques jours, peut être suivie d'une surdité plus ou moins prononcée, de durée variable, mais souvent définitive, si on n'intervient pas rapidement. Il est d'ailleurs facile de s'en assurer en comparant à quelle distance maxima le tic-tac d'une montre est perçu des deux oreilles, quand l'une d'elles est normale.

L'otorrhée n'a pas de tendance à guérir spontanément ; on n'observe, le plus souvent, que de fausses guérisons, des arrêts, des accalmies plus ou moins longues, mais très souvent suivies de rechutes ; c'est ainsi que l'on voit des gens âgés de 20, 30 ans qui ont un écoulement d'oreille, à peu près continu, depuis leur enfance, et qui ne pensent

Digitized by Google

à le soigner que parce qu'ils sont devenus très sourds.

La surdité, pénible et incommode, sans constituer un danger, peut briser bien des carrières, modifier la situation sociale de l'individu. Si elle survient chez un enfant, au-dessous de 4 ans, le sujet deviendra sourd-muet, à 6 ou 7 ans l'enfant pourra conserver les notions acquises, mais son instruction sera toujours laborieuse et exigera un enseignement spécial.

Les dangers que court l'otorrhéique, par le fait seul de l'existence d'une cavité suppurante, qui n'est séparée du cerveau que par une épaisseur de tissus osseux de un ou deux millimètres, sont toujours menaçants. Sur une statistique reposant sur 200 cas d'accidents cérébraux suivis de mort, consécutifs à des lésions de l'appareil auditif, Alb. Robin a trouvé, comme lésions les plus fréquentes, la méningite avec abcès cérébral 55 fois, l'abcès cérébral seul 22 fois, la méningite avec phlébite 28 fois, la phlébite seule 24 fois, etc.

Il est démontré que la suppuration de la caisse du tympan constitue la cause de beaucoup la plus fréquente des abcès du cerveau et du cervelet.

Laissant de côté, l'ulcération de la carotide qui est heureusement très rare, nous dirons quelques mots des complications qui surviennent du côté de l'apophyse mastoïde. Celle-ci peut rester indemne de toute lésion, ou bien il se produit de l'ostéite condensante ou encore les cellules de mastoïde sont détruites, cariées et se remplissent de granulations, de pus caséeux ; ce dernier état ne tarde pas à retentir sur l'état général du sujet et à déterminer des symptômes locaux ou cérébraux qui obligent à une intervention opératoire.

Comme exemple manifeste de l'influence de ces lésions mastoïdiennes sur l'état général, nous pouvons citer le cas d'un enfant de 8 ans atteint depuis plusieurs années d'une otorrhée droite et qui, depuis quelques mois, présentait des troubles digestifs (inappetence, vomissements alimentaires, ventre ballonné, etc.) faisant redouter une tuberculose des ganglions abdominaux.

A l'opération, nous trouvons l'apophyse mastoïde complètement cariée, ne formant qu'une cavité remplie de granulations, de magma caséeux fétide; le curettage ne laisse qu'une coque mince de tissu osseux, sain. En quelques jours, les troubles digestifs disparaissent : plus de vomissements, appétit normal, retour des forces progressif ; contre l'attente de la famille, la guérison est complète.

Cette ébauche des accidents observés chez les otorrhéiques montre que l'affectation est loin d'être aussi bénigne qu'on le croit généralement ; le moins qu'il puisse arriver est une surdité plus ou moins notable ; aussi le médecin doit-il toujours prévenir le malade ou sa famille de cette éventualité ; la responsabilité du médecin étant dégagée, c'est à l'intéressé de voir s'il consent à rester sourd ou préfère se soigner. — Dr A. Courtade, *assistant du service laryngo-otologique de l'hôpital Lariboisière.*

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Sérum contre la fièvre typhoïde, la scarlatine, la pneumonie.** — Nous avons relaté l'année dernière les essais de sérothérapie antirubéolique du docteur Wiesbecker (*Journal des Praticiens* 1896, n° 35, p, 552). Sa méthode consiste à injecter le sérum de convalescents à des sujets atteints de la même infection. Ayant commencé par la rougeole, il a eu l'occasion de généraliser son procédé et de l'employer dans deux cas de fièvre typhoïde, dans cinq cas de pneumonie et dans cinq cas de scarlatine. L'influence de l'injection sur les lésions (exanthème, hépatisation du poumon, et sur la température a été très inégale : parfois la fièvre tomba immédiatement après l'injection ; mais d'autres fois elle persista : un scarlatineux n'arriva à sa défervescence que le 24e jour, un pneumonique vit sa température monter à 40° après l'injection avant de faire sa crise. Mais à un autre point de vue l'effet est très constant : l'état général s'améliore immédiatement : les patients ne se sentent plus malades, l'appétit revient, la guérison semble survenue comme par miracle, malgré la persistance de la fièvre, malgré l'éruption, malgré le souffle tubaire (*Zeitschrift f. klin. Med.*).

Ces expériences, qui seraient si faciles à contrôler, méritent d'autant plus d'attirer l'attention qu'elles sont dues à un simple praticien de campagne. — Bd.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 10 août 1897*

M. Reynier. **Recherches anatomiques sur la topographie crânio-encéphalique au moyen de la radiographie.** — Ces recherches montrent : 1° qu'il est possible d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi crânienne et, par ce fait, d'étudier ses rapports avec la paroi osseuse, en tenant compte, toutefois, des légères déformations que subissent les images. De plus, il est possible de superposer sur le cliché photographique la silhouette des sutures crâniennes sur la silhouette des scissures qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales ; 2° que l'on peut fixer les rapports immédiats des sinus veineux de la dure-mère et du sinus latéral, en particulier, avec la paroi crânienne. En injectant ces cavités avec un liquide contenant en suspension des substances métalliques, il est possible de voir très nettement ces sinus ; 3° qu'il est possible de reconnaître les connexions précises que présentent, par rapport à la paroi crânienne extérieure, le rocher et les trois étages de la base du crâne.

Pour que ces radiographies puissent se faire, il est nécessaire d'enlever la première par un artifice de préparation.

M. Hallopeau présente, au nom de M. Brault, d'Alger, plusieurs observations de paralysie ascendante à rétrocession survenues à la suite d'infections légères dues au streptocoque. Ainsi l'un de ces cas est survenu chez un jeune soldat à la suite d'une légère blessure au pied. Dans les trois observations qu'il présente, il élimine toute idée d'hystérie, et il émet même la pensée que bon nombre des observations d'hystérie traumatique pourraient se rattacher à de semblables infections méconnues.

Digitized by Google

M. Valude. La plupart des oculistes traitent, aujourd'hui, les tuberculoses oculaires par l'excision du foyer malade. Dans un cas j'ai pu faire la trépanation de la coque oculaire pour un noyau de tuberculose développé sur la conjonctive et ayant envahi la sclérotique; les bords de l'orifice rond que laissait la perte de substance furent suturés. La réunion se fit vite et la déformation consécutive à ces sutures disparut rapidement. Les liquides de l'œil sont restés transparents. On voit donc que des opérations importantes peuvent être pratiquées sur l'œil.

M. Chipault. **A propos du redressement des gibbosités.** — Le peu de tendances que présentent les os tuberculeux à combler l'espace laissé libre par le redressement des déviations dues au mal de Pott est évident. Il est donc absolument nécessaire de prodiguer la fixation apophysaire. Les sutures faites avec du fil d'argent sont peu aisées à placer ; l'auteur préconise un système de griffes spéciales que l'on laisse sous les tissus.

## BIBLIOGRAPHIE

Notre revue bibliographique d'aujourd'hui se rapportera à quatre livres d'une importance capitale, que nous confondons dans un éloge commun ; car tous — chacun dans son genre — honorent hautement la science française. Ce sont :

1° **La Cure d'altitude**, par le Dr Paul Regnard, membre de l'Académie de médecine, professeur de physiologie générale à l'Institut normal agronomique, directeur adjoint du laboratoire de physiologie à la Sorbonne. Un volume in-8° avec 110 figures dans le texte et 29 planches hors texte (Masson et Cie, éditeurs).

Dans cet ouvrage, le Dr Regnard fait connaître d'abord les recherches de laboratoire exécutées en Allemagne et en Suisse pour expliquer le mécanisme de l'action thérapeutique des hauteurs. Il y joint les travaux français et les siens propres entrepris dans le même but. Puis il examine les recherches de physiologie pathologique exécutées sur place, sur les malades qui fréquentent les montagnes.

Dans une seconde partie, essentiellement pratique, il passe en revue les principales stations actuellement organisées pour recevoir convenablement des malades. L'auteur a parcouru lui-même toutes les localités, dont il décrit les avantages et les inconvénients avec d'autant plus d'indépendance d'esprit qu'elles sont, pour la plupart, en dehors de notre pays. Il a joint à sa description des cartes topographiques qui la rendent plus claire et de très nombreuses photographies représentant les régions dont il parle. Il a pensé qu'il n'était pas inutile au praticien qui recommande une station d'en avoir au moins une idée, s'il n'a pu la visiter lui-même.

2° **Traité d'hygiène publique et privée**, par Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Un volume grand in-8° avec 117 figures dans le texte. (Doin, éditeur).

Cet ouvrage, de 975 pages, est divisé en huit chapitres, traitant successivement des questions suivantes : 1° l'espèce humaine; 2° les airs, les eaux et les lieux ; 3° l'habitation ; 4° l'alimentation ; 5° vêtements, soins de propreté ; 6° enfance, éducation ; 7° travaux et professions ; 8° prophylaxie des maladies transmissibles. Police sanitaire. Chacun de ces chapitres est encore divisé en de nombreux paragraphes traitant chaque question en détail. « Cet ordre est simple, dit le regretté M. Rochard, et rend les recherches faciles; j'ai pu y faire rentrer sans effort, dans de grandes divisions, les sujets si nombreux et si variés que renferme l'hygiène, tout en restant dans les limites que je m'étais assignées. Ainsi compris, j'espère que cet ouvrage pourra être utile aux étudiants et aux jeunes médecins, en vue desquels je l'ai composé. »

3° **La défense de l'Europe contre la peste et la Conférence de Venise de 1897**, par A. Proust, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8° avec figures et cartes en noir et en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs.)

Cet ouvrage a pour but de répandre les connaissances scientifiques sur la peste, afin de donner à l'opinion les moyens de se rendre compte de ce que l'on doit faire pour éviter le fléau, endémique en Extrême-Orient, de pénétrer en Egypte, dans la Méditerranée et en Europe, et cela sans tomber dans les errements anciens, sans apporter aucune entrave sérieuse au commerce et à la navigation. C'est une relation exacte de ce qui s'est passé à la Conférence de Venise de 1897, l'exposé de la discussion telle qu'elle fut conduite, le récit des luttes que les représentants français eurent à soutenir pour triompher des oppositions de l'Angleterre et de la Turquie ; mais c'est encore et surtout une sorte de monographie de l'histoire internationale et prophylactique de la peste, enrichie de toutes les données que l'étude des épidémies précédentes a permis d'y ajouter, des faits nombreux dont la bactériologie l'a si heureusement accrue, et aussi des moyens à mettre en œuvre en pareille occurrence. On lira avec intérêt le chapitre consacré au traitement prophylactique et curatif de la peste, à la sérothérapie et à la vaccination antipesteuse de Yersin. Une riche bibliographie, des figures et des cartes très claires complètent ce volume.

4° **L'Infanticide**, par M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, de l'Institut. Un volume in-8° de 402 pages, avec 2 planches coloriées et 14 figures. — (J.-B. Baillière et fils).

Cette partie de la médecine légale montre que les expertises provoquées par les infanticides sont celles dans lesquelles est le plus souvent compromise la réputation du médecin légiste, s'il n'a pas appliqué dans toute sa rigueur la méthode propre aux expertises ; le moindre écart se trahit avec éclat au cours des débats en assises. M. Brouardel examine successivement les diverses questions qui peuvent être posées à l'expert ; elles peuvent porter : 1° sur l'enfant. Est-il né à terme ? Est-il né vivant ? Combien de temps a-t-il vécu ? Quelle est la cause de la mort ? — 2° Sur la mère : A quelle époque est-elle accouchée ? Pouvait-elle ignorer qu'elle était enceinte ? Pouvait-elle accoucher sans le savoir ? Quel était son état physique et mental ? — 3° Sur les circonstances du crime.

Une centaine d'observations et d'expertises médico-légales sont méthodiquement exposées à la fin de l'ouvrage et viennent appuyer les conclusions de l'auteur.

Tels sont les quatre livres que nous avons l'honneur de présenter à nos lecteurs, et nous pouvons dire que cet honneur est grand, en raison des hautes situations occupées par les auteurs de ces livres et de leur grande notoriété scientifique. Ce que nous pouvons dire de mieux, c'est que nous avons éprouvé un vif plaisir à les lire et que nous y avons puisé de précieux enseignements ; nous y avons trouvé réunis l'agréable et l'utile, et comme disait un de nos vieux classiques : *omne tulit punctum qui miscuit utile dulci*. — M. Deguy.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

## Le tempérament congestif et les phtisiques. La congestion pulmonaire dans la tuberculose

Par le Dr A. Morel-Lavallée,
*Médecin des hôpitaux.*

Tous les traités médicaux sont d'accord sur ce point que les climats *d'altitude très élevée*, comme aussi les climats maritimes *de la variété tonique et excitante* (côte ligurienne), sont contre-indiqués pour les tuberculeux « éréthiques », pour les malades de « tempérament congestif ». J'ai cependant montré (1) qu'il était difficile de renfermer absolument dans une catégorie donnée toutes les formes de la tuberculose, chaque tuberculeux faisant lui-même sa phtisie, dans le cadre ordinaire de laquelle peut très bien se présenter inopinément un accident hémoptoïque, ou apparaître soudain une période fébrile prolongée, mais temporaire.

C'est donc uniquement l'observation prolongée de la maladie, particulière à chaque sujet, qui peut fixer sur telle ou telle station climatérique le choix du médecin traitant ; et encore, les réactions de l'organisme étant individuelles et impossibles à prévoir avec certitude, il arrivera *souvent* que *c'est uniquement à l'épreuve que l'on reconnaîtra pour chaque sujet, la station qui lui convient.*

J'ai cité, dans le travail auquel je faisais allusion, des observations de malades, auxquels la Riviera semblait interdite, et qui ont, sur ses rives, récupéré la santé. L'un d'eux, pour n'en retenir qu'un, homme de 35 ans, arthritique nerveux, à pharyngo-bronchites paroxystiques, atteint à la suite d'une grippe d'un processus aigu, y élimina un foyer tuberculeux au moyen d'une caverne qui resta limitée et se cicatrisa, sans que l'excitation reconnue au climat méditerranéen ait, en aucune façon, produit la moindre extension congestive du mal.

Est-ce à dire que l'histoire des « tempéraments congestifs » soit une légende à rayer de la liste des contre-indications ? Il n'en est rien ; mais, comme il ne faut pas se payer de mots, serrons de plus près la question. Que le terrain y soit ou non pour quelque chose, il existe sûrement des tuberculoses pulmonaires procédant par à-coups, déterminant de temps à autre des congestions pulmonaires étendues, souvent fébriles et parfois hémoptoïques, au moment desquelles on croit assister à une infiltration tuberculeuse diffuse aiguë. Puis, sous l'influence d'une médication décongestive et dérivatrice, la congestion pulmonaire s'efface plus ou moins rapidement, mais il reste un foyer pulmonaire (ou plusieurs) *en plus*, en évolution *patente*, et une aggravation des foyers préexistants. C'est là une *forme congestive hémoptoïque fébrile*, réalisant au maximum le syndrome contre-indiquant les stations climatériques dites excitantes, la Riviera comme les hautes altitudes; toutefois encore le diagnostic de cette forme ne pourra-t-il être établi *qu'au second* raptus congestif, outre que cette marche spéciale de la maladie peut être *secondaire* et n'apparaître qu'au cours même de son évolution.

Mais voici le second aspect du problème : *Si gouverner, c'est prévoir; — prévenir* les accidents, — pronostiquer la forme d'une affection qui s'ébauche, qui s'annonce, qui n'est pas encore déclarée, est le propre du clinicien. Or, est-ce possible ? Oui, quelquefois, par la connaissance préalable du terrain, lâchons le mot, du *tempérament* du sujet. Aujourd'hui que nous paraissons presque ridicules à la génération qui nous suit en prononçant les mots de *diathèse arthritique*, il faut un certain courage pour parler de *tempérament*, de tempérament « congestif ». Qu'est-ce que « la congestion », dira-t-on ? Nos aînés nous ont bien appris comment les gens replets, à cou court, aux joues rouges et variqueuses, à respiration haute, ayant des ascendants hémiplégiques, ont, vers la cinquantaine, quelque sujet de redouter les ictus cérébraux et l'hémiplégie ; mais cela, c'est l'hémorragie *cérébrale*, c'est la congestion *cérébrale*, ce n'est pas « de la congestion ». La *fée* congestion, frappant au hasard un organe jusque là anatomiquement indemne, n'existe pas..... Ceux qui parlent ainsi ignorent de parti pris les crises vaso-motrices localisées ou multiples, concordantes ou vicariantes, uniques ou à répétition. Un organe, un système organique, même anatomiquement sains, peut être, par inhibition fonctionnelle, prolongée ou subite, prédisposé à une crise vasomotrice ; mais, il y a plus, il est des cas où les centres vasofrénateurs semblent être tous frappés de paralysie.

Le coup de chaleur en est l'exemple le plus frappant ; au reste, mieux vaut citer des observations :

Mme X., 40 ans, bonne santé, est sujette aux migraines. Pendant les mois chauds de l'été, elle ne peut quitter le repos entre 10 heures et 4 heures du soir, même à l'ombre, sans être prise subitement de maux de tête, vertiges, injection de la face et des yeux, maux de cœur, palpitations, respiration haute et fréquente, puis refroidissement des lèvres, des oreilles, du nez, des mains. Cet état peut durer vingt-quatre heures et ne cède que lentement aux sangsues et aux drastiques. La dernière crise s'est compliquée d'une diarrhée séreuse et profuse (23 selles en quinze heures) qui a « jugé » la céphalalgie.

Mme V., 22 ans, les cheveux châtain extrêmement foncé, abondamment et régulièrement réglée, très rouge de teint, a été prise cette année, depuis les grosses chaleurs, de plusieurs crises présentant l'aspect suivant : mal de tête violent, mal de cœur, oppression, perte de connaissance ; la fois suivante, la perte de connaissance est précédée de mouvements convulsifs qu'on dit « attaque de nerfs ». La dernière fois, en revanche, étouffement énorme, sans mal de tête; vertige, nausée, vomissement, perte de connaissance, *palpitations angoissantes*, puis diarrhée profuse... Mme V. vient me consulter en me disant que sa mère, pendant les fortes chaleurs, était souvent, dans sa jeunesse, prise d'accès de palpitations, avec dyspepsie, nausées et céphalalgie, et que tout disparais-

(1) Des contre-indications du climat méditerranéen dans la phtisie, par A. Morel-Lavallée et Gandil, Paris 1896, et *Revue Internationale de Thérapeutique et de Pharmacologie.*

Digitized by Google

sait quand survenait une épistaxis. « Vous voyez, me dit ma cliente, que j'ai hérité un *tempérament congestif* » .. Je n'ai pas eu le courage de la blâmer pour employer une expression aujourd'hui presque hérétique.

Ces faits sont de notion vulgaire : ce qu'on veut oublier aujourd'hui, c'est qu'il est des catégories de personnes, *comparables par la série de troubles pathologiques qu'elles présentent*, et chez lesquelles se produisent des raptus analogues, soit du côté d'un organe quelconque et variable, soit sur un organe qui devient prédisposé du fait même de la répétition de ces phénomènes *eodem loco*. La rhino-bronchite spasmodique à paroxysmes est de ce genre ; de même un de mes clients, sujet au rhumatisme vague, au rhumatisme musculaire et fibreux, aux hémorrhoïdes, aux bronchites paroxystiques, etc. (on voit que je m'abstiens de lui appliquer ici une épithète diathésique réactionnaire), atteint de pharyngite granuleuse, présente fréquemment, au bord de la Méditerranée, lorsqu'il s'expose au mistral ou à la poussière, le phénomène paroxystique suivant, que je n'ai vu décrit nulle part et qu'on pourrait appeler « congestion du pharynx » ou pharyngite congestive aiguë : brusquement la gorge se sèche, devient brûlante, avec sensation d'étranglement ; la voix devient couverte, mais sans gêne respiratoire. les narines sont sèches, souvent turgescentes et obstruées. Au bout de quelques heures survient le phénomène suivant, accentué surtout dans le décubitus horizontal : la sensation de « raclement », poussée à son maximum, amène le mouvement du « hem » lequel, au lieu du crachat gris perlé, aboutit à l'expuition de mucosités blanches, visqueuses, collantes, mousseuses à bulles grosses et moyennes ; cette excrétion est souvent, les premières heures, de couleur abricot ou même sanguinolente ; on dirait de l'expectoration de fluxion de poitrine (il ne m'a jamais été possible de rechercher le pneumocoque dans cet exsudat, comme j'en ai toujours eu l'idée) ; l'abondance en peut être telle qu'elle emplisse une tasse à café pendant la nuit : elle ne vient pas du larynx proprement dit, car la dyspnée est nulle, et le rejet se fait par expuition automatique intermittente, et sans réveil, quand le sommeil est profond ; au bout de quelques heures, l'acmé de la crise est passé. Il est rare que cet accès excrétoire se reproduise, même atténué, la nuit suivante. En même temps les phénomènes subjectifs décroissent et tout rentre dans l'ordre...

Etant au courant des deux ordres de phénomènes, à savoir *la* congestion et *les* raptus congestifs localisés, j'ai pu apprécier sainement, dès le début. la crise menaçante survenue chez un tuberculeux dont voici en résumé l'observation, intéressante à un autre point de vue :

F..., 20 ans, issu de parents non tuberculeux, en bonne santé apparente, est pris dans l'été 1895 d'hémoptysies répétées, peu abondantes ; il maigrit et tousse. Je le vois à l'automne de cette même année 1895 ; en dehors d'une respiration rude et d'une élasticité un peu moindre, les signes font tellement défaut qu'en l'absence de fièvre, et vu le temps écoulé depuis les hémoptysies, j'autorise l'hivernation à Nice, loin de la mer, avec défense de sortir en plein soleil ni par grand vent. Tout se passe au mieux, la toux diminue, nul accident ne se produit, le malade engraisse ; il revient fin avril, passe mai sur une hauteur des environs de Paris, les mois suivants en Normandie. Nouvelle hémoptysie en juin, à la suite de laquelle les deux sommets restent congestionnés (août), mais l'état général se remet, malgré un mois d'automne passé sur une plage de l'Atlantique breton. Le côté droit se dégage (septembre-novembre) et l'on retourne à Nice le 2 décembre, la santé restant excellente. Le 7 février 1897, le jeune homme se rend l'après-midi à une fête florale, malgré un lourd soleil et un vent violent soulevant des nuages de poussière : à 6 heures du soir, il me fait appeler parce qu'il étouffe : la respiration est haute, fréquente, incomplète ; le pouls fort, dur, rapide ; la figure toute rouge, les yeux injectés ; la gorge désséchée, brûlante, la luette tuméfiée, violacée. Le malade se dit fébrile, se plaint de céphalalgie frontale, de battements dans les tempes. La famille, terrifiée, croit à une fluxion de poitrine, à l'imminence d'une poussée de tuberculose aiguë : je les rassure, disant que seule est à craindre la participation du poumon à la congestion, fait grave toutefois dans ses conséquences. J'insiste, pour les calmer, sur l'extension fluxionnaire, aux yeux et à la gorge, et je prédis même, pour la nuit, l'expectoration pharyngée visqueuse et mousseuse (qui s'est produite en effet, mais courte et peu abondante). Je prescris de l'acétate d'ammoniaque, des bains de pieds, des sinapismes, un purgatif drastique. Le lendemain, les muqueuses supérieures et la tête sont dégagées, il n'y a plus de polypnée, mais encore de l'angoisse respiratoire. Au bout de quarante-huit heures (9 février), l'auscultation révèle une zone de silence dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche, avec submatité au 1/3 supérieur, et diminution des vibrations. Le 10, on commence à percevoir le murmure respiratoire, mais accompagné d'un râle muqueux unique, prolongé et étalé. comme dans la fièvre typhoïde à la fin du premier septenaire schématique de Grisolle. J'avais parlé d'une hémoptysie possible, je commence à espérer qu'elle puisse être évitée, surtout lorsqu'au 5e et 6e jour apparaissent, en même temps que la fin de la dyspnée, une pluie de râles pleuraux généralisés, quelques-uns même du côté opposé de la poitrine. Mais le 13e jour survint une hémoptysie subite et fractionnée qui dura vingt-quatre heures. Le lendemain, le sang des crachats était noir et coagulé.,. au 16e et 17e jour, les crachats devinrent verdâtres et épais. En somme, trois semaines s'écoulèrent jusqu'à la disparition des troubles locaux, mais il fallut six semaines au malade pour se remettre *à peu près*, car, à ce moment on pouvait entendre un craquement sec aux deux sommets. Le 21 mai, le jeune homme est encore souffrant, sa figure est tirée, il a maigri d'un kilogramme depuis le commencement de la crise. Frottements en arrière dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche, craquement humide, bulleux, au 1/3 supérieur et sous la clavicule. 23 juin. X... a maigri, il tousse ; il a encore eu une hémoptysie et est resté 8 jours malade. Le côté droit paraît indemne de tout bruit morbide, mais à gauche, la submatité est accentuée, des craquements humides à bulles moyennes s'entendent sous la clavicule...

On nous accordera bien que, même si le jeune homme dont on vient de lire l'histoire n'eût pas été tuberculeux, il aurait nonobstant subi *la* congestion, qui lui rougissait les joues, les yeux et le naso-pharynx. Il s'est donc révélé

Digitized by Google

là chez lui un « tempérament congestif », une disposition *aux* congestions, qui me semblent lui interdire désormais les stations hibernales excitantes au profit des climats plus sédatifs de Madère (+ 18° nuit et jour toute l'année), Biskra (+ 17° ou 18° sec., en janvier-février, avec nuits fraîches), ou Arcachon. Au reste, il n'y a rien de choquant à concevoir que, dans l'évolution d'une maladie de longue durée, les indications climato-thérapiques changent comme les indications posologiques.

M. Z..., au sortir d'une broncho-pneumonie aiguë à foyers multiples, avec bacilles dans l'expectoration, avait été, bien à tort, dirigé sur Cannes ; il y souffrit beaucoup de poussées congestives terminées par des hémoptysies. Il partit alors pour Madère, de là aux Antilles, repassa à Madère pour éviter l'hiver de France, où il revint cliniquement guéri au bout d'une quinzaine de mois ; cette année, il fit un court voyage à Cannes, où il ne resta que deux jours. « J'y fus repris de mes étouffements avec chaleurs à la tête et à la gorge, dit-il ; *il y a deux ans, j'aurais sûrement craché du sang* ; cette année, j'en ai été quitte pour la peur, en quittant vite le Midi... »

Il resterait un dernier point à considérer : le rôle, connu du reste, de la congestion dans la phtisie pulmonaire. Toutes les fois que je suis appelé à soigner un tuberculeux pour la première fois, je commence par lui administrer un traitement décongestif et dérivatif (ventouses sèches, bains de pieds, purgatifs, ipéca en lavages, etc.). Ce n'est qu'alors, au bout de trois ou quatre jours, que je puis me prononcer en toute conscience sur l'étendue *réelle* des lésions et leur traitement, sûr désormais que la maladie n'est plus défigurée par l'adjonction de cet élément surajouté qu'aurait pu éventuellement constituer une poussée congestive ayant évolué préalablement à mon insu.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Action physiologique du massage de l'abdomen, ses indications en thérapeutique

Par le Dr F. Cautru (de Paris), *ancien interne des hôpitaux*

Depuis l'époque où ont paru mes premiers travaux sur le massage abdominal, j'ai continué mes études sur un grand nombre de malades et je puis arriver aujourd'hui à des conclusions plus précises et absolument scientifiques.

L'action du massage abdominal dans les dyspepsies étant de beaucoup la plus importante, je vais passer en revue cette action sur les glandes, le muscle, les nerfs et la circulation de l'estomac Après avoir traité cette action toute locale, je dirai quelques mots de l'action générale du massage, puis je passerai aux indications qui sont basées d'ailleurs sur l'action physiologique.

Par une série d'expériences faites dans le service de M. le professeur Hayem à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai pu démontrer quelle était l'action du massage abdominal sur les glandes de l'estomac. Dans des communications antérieures, *Thèse de Paris*, 1894, Congrès des sciences de Caen 1894, Congrès de Lyon 1894, j'ai déjà insisté sur la physiologie du massage de l'abdomen et prouvé, par une série d'analyses du suc gastrique faites à différentes époques du traitement, que toujours il y a amélioration dans le chimisme stomacal en même temps que dans l'état général des malades que l'équilibre s'établit entre les différentes valeurs de ce chimisme et que l'évolution de la digestion se trouve régularisée dans ses phases. Mais, pour démontrer son action immédiate, voici comment j'ai procédé depuis. Après avoir fait aux malades un tubage en série, c'est-à-dire après leur avoir extrait et analysé une certaine quantité de suc gastrique, plusieurs fois en une heure et demie après l'ingestion du repas d'épreuve ordinaire (pain et thé), j'ai fait, pendant la présence de ce repas dans l'estomac, un massage interrompu seulement par les diverses extractions du suc gastrique. Or, j'ai toujours constaté une extraction plus facile du liquide, arrivant à flots par la sonde, et une accélération de la digestion, tous les chiffres se rapprochant des chiffres normaux de l'analyse.

Je n'ai rapporté ici aucune des nombreuses analyses qui ont servi à faire ce travail dont elles auraient rendu la lecture difficile et fastidieuse. Elles seront publiées ultérieurement dans un travail d'ensemble sur la question.

L'action sur le muscle stomacal était plus difficile à démontrer. Déjà, il est vrai, j'avais remarqué que, pendant le massage, les extractions du suc gastrique étaient beaucoup plus faciles, ce qui prouvait une action excitante sur ce muscle, mais je voulais arriver à prouver que l'évacuation gastrique était hâtée comme la digestion chimique elle-même. Pour y arriver, je me suis servi d'un procédé fort ingénieux imaginé par M. le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris, et communiqué par lui au Congrès de médecine interne de Lyon 1894.

M. Mathieu fait incorporer, au repas d'épreuve, vingt grammes d'huile en émulsion parfaitement stable. Après l'extraction du repas d'épreuve, il retire par l'éther l'huile que renferme un échantillon du liquide gastrique et la pèse ; connaissant, grâce au procédé de MM. Mathieu et Rémond de Metz, le volume total du liquide que contenait l'estomac au moment de l'extraction, il est facile de déterminer la proportion d'huile disparue et par conséquent la proportion du liquide primitif qui a quitté l'estomac.

J'ai procédé ici comme dans le cas précédent, massant l'abdomen pendant la présence du repas d'épreuve dans l'estomac et j'ai obtenu des résultats constants : toujours il y a eu évacuation plus grande d'une certaine quantité d'huile et par conséquent de suc gastrique dans l'intestin. Tandis, par exemple, que, sans massage, j'ai constaté dans une de mes expériences qu'il restait au bout d'une heure 543 cent. cub. de liquide avec 9 gr. 882 d'huile, avec massage de l'abdomen pendant la présence du repas d'épreuve dans l'estomac, il ne restait plus, au bout d'une heure, que 320 cent. cub. de liquide et 6 gr. 470 d'huile,

Digitized by Google

et même une autre fois où je fis le massage plus longtemps. 258 cent. cub. de liquide et 5 gr. 683 d'huile.

Cette action du massage sur le muscle stomacal avait d'ailleurs été démontrée par de nombreuses expériences, entre autres, celles de Chpoliansky répétées par Rubens Hirschberg, à savoir que :

| | |
|---|---|
| Deux œufs séjournent dans l'estomac .. | 4 h. 15 |
| Après un massage de 10 minutes..... | 2 h. 47 |
| 300 gr. de viande rôtie séjournent.... | 5 h. 35 |
| Après un massage de 10 minutes ..... | 3 h. 30 |

Ce même auteur a démontré que, s'il fallait deux heures et demie pour constater l'élimination du salol sous forme d'acide salycilique dans les urines, il ne fallait plus qu'une heure et demie environ pour constater les mêmes résultats après un massage de 15 minutes.

L'action du massage sur le système nerveux abdominal n'est pas moins manifeste que sur l'élément musculo-glandulaire.

On sait qu'à l'état normal le contact des aliments n'est pas senti par la muqueuse de l'estomac. Il provoque une action reflexe non douloureuse qui amène la sécrétion du suc gastrique et met l'estomac en mouvement. Mais à l'état pathologique, il n'en est pas ainsi.

L'arrivée des aliments dans l'estomac peut ne pas provoquer de douleur, mais elle peut aussi, dans certains cas, ne pas provoquer d'acte reflexe.

Dans d'autres circonstances, au contraire, ce reflexe stomacal est exagéré, il provoque alors des contractions vives, une sécrétion abondante qui peuvent aller jusqu'au vomissement. Rosenthal, en effet, a obtenu le vomissement par l'excitation du bout central du nerf pneumogastrique.

Enfin, le contact des aliments peut être douloureux. A côté des nombreux dyspeptiques qui souffrent plus ou moins en digérant, vous rencontrez des malades que l'ingestion de quelques gouttes de liquide met à la torture. Bon nombre de dyspeptiques qui ont conservé l'appétit n'osent satisfaire leur envie, effrayés d'avance à l'idée du supplice qui les attend.

Dans ces cas de troubles nerveux, le massage agit rapidement et sûrement, mais le procédé diffère selon que l'on veut calmer la douleur ou ramener le reflexe diminué ou aboli. Dans le premier cas, il sera doux, superficiel, calmant, sédatif ; dans le second, excitant.

Le retour du reflexe stomacal par le massage excitant est suffisamment mis en évidence par l'apparition de l'appétit, par la plus grande rapidité des digestions, enfin par les expériences de laboratoire maintes fois répétées qui montrent que la moindre excitation sur la paroi stomacale ou abdominale d'un chien à fistule gastrique fait sortir abondamment le suc gastrique.

Quant à l'excitation du reflexe, qui peut se manifester par un hoquet plus ou moins tenace, et même par des vomissements difficiles à vaincre par les moyens ordinaires, Rubens Hirschberg nous en rapporte quelques cas bien intéressants. Entre autres, il s'agit d'une femme âgée de 42 ans, qui avait déjà eu dix ans auparavant des crises de hoquet presque quotidiennes, durant chaque fois de une à deux heures. Ces crises, traitées par les piqûres de morphine, cessèrent au bout de quelques mois. Au moment où M. Hirschberg la vit pour la première fois, son hoquet se composait d'une série de véritables convulsions clowniques du diaphragme avec soulèvements brusques de tout l'abdomen, secousses dans la partie supérieure du corps et émission par la glotte d'une série de sons brusques et courts.

La crise durait de une demi-heure à deux heures, laissant la malade dans un état d'épuisement extrême. Pas de troubles digestifs, pas de zones hystérogènes — anémie profonde.

Au moment même d'une crise, on massa la région de l'estomac et, après dix minutes d'un massage doux, le hoquet disparut. A chaque crise, même traitement. Elles devinrent de plus en plus rares et cessèrent au bout de peu de temps.

Il en est de même pour les vomissements, qui s'arrêtent quelquefois à la suite d'un massage bien dirigé.

Quant au phénomène douleur, chacun sait qu'il diminue par des frictions légères au niveau de l'estomac. Dans certains cas, cette douleur prend le caractère de crise analogue aux coliques hépatiques et néphrétiques ; ces crises sont fréquentes chez les hyperpeptiques chloro-organiques et certains hypopeptiques.

Le massage dans ces cas donne de merveilleux résultats ; je reviendrai d'ailleurs plus loin sur ce sujet.

L'action du massage du ventre sur la circulation a été pour moi l'objet d'une étude toute particulière.

J'ai fait dans le laboratoire du professeur François-Franck, à la Sorbonne, avec mon collègue et ami le docteur Hallion, une série d'expériences sur l'homme et les animaux, enregistrant la tension artérielle, les modifications du pouls et de la respiration, avant, pendant et après les séances de massage abdominal.

Nous avons remarqué qu'il se fait, à ces différentes phases, un changement très appréciable. Pendant le massage le pouls devient plus petit, plus lent, la respiration est moins ample ; cet état dure, après le massage, de quelques minutes, à trente au plus ; alors la respiration devient plus ample ; le pouls, chez un sujet normal, redevient ce qu'il était avant le massage, se rapprochant, chez un sujet pathologique, du pouls normal pour un certain temps variable selon les malades.

J'ai continué depuis un an, à l'aide du sphygmomanomètre de Bloch, l'étude de la pression du pouls dans ses rapports avec le massage. On sait que, d'après la table de M. Chéron, la pression normale du pouls oscille entre 16, 17 et 18 centimètres cubes de mercure correspondant à un poids de 750, 800 et 850 grammes de mercure. Or, après un massage abdominal de 10 à 15 minutes, la pression artérielle chez un individu normal ou pathologique baisse de

Digitized by Google

deux à trois centimètres cubes ; en même temps, le pouls est moins rapide, il diminue de huit à dix pulsations ; ce n'est qu'après un temps qui varie selon les sujets, ordinairement après quinze minutes, que tout rentre dans l'ordre.

Cette dépression de l'état général au profit de l'état local abdominal explique la fatigue qu'éprouvent un grand nombre de sujets surtout les neurasthéniques déjà affaiblis, à la suite d'une séance de massage abdominal. Il explique aussi cette courbature, ce besoin quelquefois invincible de dormir qui saisit les malades, lors surtout des premiers massages ; d'où la conclusion pratique de leur conseiller de rester étendus un certain temps après le massage. Ce repos devra même varier selon les malades lorsqu'on aura étudié une fois pour toutes le temps qui leur est nécessaire pour reprendre leur état normal. Certains malades, très déprimés, chez lesquels le massage abdominal est cependant indiqué, feront bien, au début du traitement tout au moins, de cesser leurs occupations actives et dans certains cas de garder le lit. On sait, d'ailleurs aujourd'hui quels merveilleux effets on retire dans le traitement des dyspepsies du repos et de l'isolement. Ceux-ci venant donc s'ajouter aux bons effets du massage ne feront qu'en accélérer les résultats.

Le massage abdominal est à ce point de vue en quelque sorte l'antagoniste du massage général, les deux pouvant venir dans certains cas au secours l'un de l'autre. En effet, à la suite d'un massage général, la pression du pouls augmente ainsi que le nombre des pulsations. Parmi les nombreux exemples que nous avons pu relever de ces faits, je vais en citer deux bien concluants :

M. C... — Avant le massage général : pression 16, pouls 60 ; après : pression 18, pouls 68 ; avant le massage abdominal : pression 16, pouls 60 ; après : pression 14, pouls 54.

Mme X... — Avant le massage abdominal : pression 14, pouls 56 ; après : pression 12, pouls 52 ; avant le massage général : pression 14, pouls 56 ; après : pression 16 pouls 64.

Chez un autre de mes malades, âgé de 68 ans, et atteint de gastrite hypopeptique, la pression artérielle au début des massages abdominaux était de 22 ; après chaque massage elle tombait, les premiers jours, à 20 et 19 et, à mesure que l'état du malade s'améliorait, elle devenait normale, pour y rester, d'abord quelques heures et s'y maintenir ensuite d'une façon durable après la guérison.

Chez une dame âgée de 62 ans, très neurasthénique, la pression s'est élevée de 9 à 18 après vingt massages de l'abdomen.

On comprend quels avantages, mais aussi quels dangers dans certains cas de maladie de cœur, où la pression a cessé d'être normale, pourraient résulter du massage abdominal. Dans certains cas d'insuffisance cardiaque relative, il peut être en effet beaucoup plus utile de diminuer la résistance du système vasculaire par le massage abdominal que d'augmenter l'action du cœur par l'emploi des divers excitants cardiaques. Ce point particulier de la question fera d'ailleurs plus tard l'objet d'un travail spécial.

Les changements de pression opérés par le massage abdominal expliquent encore la diurèse abondante qui se produit dès les premières séances de massage.

Le massage abdominal régularise les époques chez la femme. Souvent, il les supprime pendant quelques mois chez certains sujets anémiques jusqu'au moment où, l'état général s'étant amélioré, la pression artérielle est redevenue normale, tandis qu'il les augmente comme nombre, durée et quantité chez certains sujets trop sanguins qui avaient des règles insuffisantes. A la suite de la ménopause, certaines femmes ont des douleurs abdominales dues à des congestions locales des ovaires et de la trompe. Le massage fait disparaître ces douleurs et dans certains cas, les règles qui avaient disparu reviennent pendant quelques mois.

J'ai pu réunir cette année cinq cas de migraine congestive persistante et durant, chez quelques-uns de mes malades, depuis 10, 20 et 30 ans avec exacerbations hebdomadaires ou mensuelles, disparues après quinze, vingt et trente massages abdominaux.

Des faits qui précèdent et que je pourrais multiplier, il résulte que le massage abdominal peut être considéré comme un régulateur de la circulation.

Cette conclusion se trouve corroborée dans une large mesure, en ce qui concerne le traitement de certaines formes de dyspepsies par le massage, par les résultats de l'analyse du suc gastrique, interprétée selon les règles générales posées par M. Winter dans un important travail publié en 1896 (*Archives de physiologie*).

Ces règles reposent sur des considérations d'ordre physique ; elles ont comme base les variations de la concentration générale des humeurs et les limites fixes et régulières qui arrêtent ces variations. Je renvoie les lecteurs pour les détails de ce travail aux mémoires originaux de M. Winter (1 c.).

Les effets du massage abdominal sur l'état général se manifestent encore, en outre des effets sur la circulation, par une régularisation du poids du malade. A la suite des premiers massages, le malade maigrit à cause de la disparition de la graisse de la paroi abdominale et à cause de la diurèse, il reste un certain temps stationnaire, puis, après un temps variant de un à plusieurs mois, il augmente de poids d'une façon régulière, au fur et à mesure que, l'intestin grêle reprenant ses fonctions, l'absorption se fait mieux.

Les urines, je l'ai dit, augmentent de quantité pendant les huit ou dix premiers massages, puis elles deviennent régulièrement normales. En même temps, leur qualité s'améliore jusqu'à devenir physiologique. J'en ai recueilli un grand nombre d'exemples qu'il serait trop long de reporter ici.

Digitized by Google

Les forces du malade augmentent d'une façon sensible ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'emploi du dynamomètre.

Les différentes indications du massage abdominal en thérapeutique se déduisent naturellement de son action physiologique que je viens d'étudier. Pour la clarté du sujet, je vais prendre successivement les différents organes sur lesquels j'ai remarqué que l'action du massage fut plus manifeste.

J'ai déjà longuement insisté dans des communications antérieures sur le rôle de massage dans les maladies de l'estomac, sur la différence qu'il y a, comme effet, entre le massage superficiel, calmant ou excitant et le massage profond, sur le rôle du massage dans la constipation et les diarrhée rebelles d'origine gastrique. Dans ma communication au Congrès de Lyon de 1894 sur la valeur clinique du chimisme stomacal, j'ai démontré combien il était utile de consulter l'analyse du suc gastrique faite d'après la méthode de M. Winter, soit pour dépister une dyspepsie latente, soit pour savoir, dans une dyspepsie bien confirmée, si le massage doit être fait, quel sera le procédé opératoire et le moment, par rapport aux repas, où on le fera pour en tirer les meilleurs résultats. Je ne crois pas utile d'insister sur ces differents points déjà examinés, cela m'entraînerait trop loin. Mais il est une forme de dyspepsie sur laquelle j'insisterai d'une façon particulière, je veux parler de la dyspepsie chloro-organique de la classification du professeur Hayem et qui répond d'après lui à la gastrite parenchymateuse. Elle est caractérisée dans l'analyse par l'élévation de la valeur C (chlore combiné organique) par rapport à la valeur H (acide chlorhydrique libre). Au point de vue clinique, cette forme de dyspepsies qui se voit surtout chez les arthritiques, c'est-à-dire chez les ralentis de la nutrition, est caractérisées en outre des symptômes communs à toutes classes de dyspepsie, par quelques signes qui paraissent être tout particulièrement caractéristiques de cette forme. Les malades sont, en général, des neurasthéniques. C'est, que ce sont des congestifs dont l'attention est attirée par le symptôme dominant en rapport avec l'organe congestionné : ils sont successivement ataxiques, paralytiques généraux, tuberculeux, cardiaques ; s'ils ont des hémorrhoïdes, ils se croient atteints d'un cancer au rectum etc., etc. Leur état général reste, la plupart du temps, bon et ils conservent, au début, du moins, les apparences d'une santé florissante. Au point de vue gastrique, cette maladie se caractérise à son début par des indigestions fréquentes occasionnées, soit par les excès de table, soit par l'ingestion d'aliments lourds. Pendant certaines périodes, ces malades ont ce qu'ils appellent leurs crises d'estomac ; ils digèrent mal et ont souvent la diarrhée après les repas ; en même temps leurs phénomènes de neurasthénie augmentent. Ces rechutes se produisent, soit à l'occasion d'un surmenage intellectuel ou moral, ou encore d'un manque prolongé d'exercice. Qu'ils changent de milieu, d'occupations, que leurs soucis disparaissent, tout rentre dans l'ordre et ils se croient guéris. Ces premières phases de l'affection se modifient rapidement sous l'influence d'un traitement approprié ; c'est ici que le massage local, joint au traitement de la neurasthénie, donne de brillants résultats. Mais à une période plus avancée, lorsque la dyspepsie de congestive est devenue inflammatoire (gastrite parenchymateuse), les phénomènes gastriques s'accentuent, l'appétit qui était resté bon devient capricieux. Quelquefois les malades sont pris de véritables fringales, sentant un besoin irrésistible de manger et, après avoir pris quelque nourriture, se trouvent rassasiés (l'état général a besoin d'être remonté, mais le filtre stomacal est mauvais). La sensation de mal de cœur, l'envie de vomir est fréquente et quelques-uns de ces malades sont sujet, en outre, à des crises gastriques d'une grande intensité. Ces crises, qui sont probablement des congestions des nerfs de l'estomac et des plexus abdominaux, peuvent être comparées aux migraines avec lesquelles souvent elles alternent ; on pourrait les appeler des « migraines abdominales » ; elles ont d'ailleurs avec les migraines céphaliques quelques caractères communs tels que leur périodicité (fréquemment elles se produisent au moment des époques chez la femme), souvent on les rencontre chez les femmes pléthoriques, mal réglées, celles qui ont subi l'opération de l'hystérectomie. Elles ont encore ceci de commun avec les migraines d'origine congestive qu'elles disparaissent assez rapidement par le massage abdominal joint ou non à la saignée générale, de même que les migraines céphaliques disparaissent par le massage de la tête et en particulier des ganglions cervicaux.

Ces crises peuvent être d'une extrême violence, variant selon le terrain sur lequel elles évoluent depuis la douleur sourde jusqu'à la vive douleur des coliques hépatiques et néphrétiques avec lesquelles d'ailleurs on les confond souvent, les douleurs s'irradiant tantôt vers l'épaule, tantôt vers la région lombaire ou celle du pli de l'aine. La plupart du temps, ces malades ne digèrent pas le lait. J'ai vu chez plusieurs malades apparaître une crise accompagnée de phénomènes de grande hystérie chaque fois qu'elles buvaient du lait, la crise ne cessant qu'après vomissement d'un caillot de lait.

Ces malades maigrissent bientôt, la digestion et l'assimilation se faisant mal. Les nombreux médicaments qui leur sont donnés ou qu'ils prennent d'eux-mêmes comme tous les neurasthéniques précipitent encore l'évolution de la gastrite.

Chez les jeunes gens prédisposés, il faut redouter la tuberculose ainsi que l'a fait remarquer le professeur Hayem.

Cette forme de dyspepsie se caractérise enfin par des rechutes fréquentes, la diatèse arthritique étant toujours là et la gastrite, si on n'y prend garde, continuant à évoluer vers l'hypopepsie d'abord et enfin vers l'apepsie avec

Digitized by Google

atrophie glandulaire de l'estomac. C'est à cette période de la maladie que l'on remarque ces diarrhées chroniques survenant d'abord immédiatement après les repas, puis dans leur intervalle et forçant enfin les malades à se relever la nuit.

Si je me suis permis d'insister aussi longtemps sur cette forme de dyspepsie, c'est que, à quelque période que l'on entreprenne la guérison, le traitement par les agents physiques, en particulier par le massage de l'estomac, donne chez elle des résultats rapides. Prise à sa première période, cette dyspepsie peut guérir ; l'amélioration se produit en peu de temps. On s'en rendra compte par ce fait que les malades peuvent alors digérer le lait, leurs congestions passives et muqueuses, en particulier de la muqueuse gingivale, qui s'accompagnent souvent de carie ou de déchaussement des dents, disparaissent à une période plus avancée surtout à la période atrophique, l'amélioration notable que l'on obtient ne peut se maintenir qu'à l'aide d'un régime strictement établi et dont les malades ne devront plus s'écarter, et de périodes plus ou moins rapprochées de traitement par les agents physiques (douches, massages général et local).

En outre de cette forme de dyspepsie et pour en terminer avec l'estomac, je rappellerai, ce que j'ai déjà dit ailleurs, que, d'une façon générale, le massage superficiel calmant peut être employé dans tous les types chimiques, après ou avant les repas, contre les névralgies d'origine nerveuse pure, les contractures spasmodiques du pylore, les sensations de pesanteur, de brûlure, les gonflements pénibles accompagnant les digestions ; il n'a aucune contre-indication et peut être prolongé, comme durée, jusqu'à effet sédatif ; le massage superficiel excitant et le massage profond seront employés contre l'atonie, les grandes dilatations en dehors de celles dues à un obstacle mécanique qui rentrent dans le ressort de la chirurgie ; le massage excitant superficiel et le massage profond peuvent être faits à jeun, ils tonifient alors le muscle et excitent l'appétit en aidant à la secrétion glandulaire ; le massage superficiel excitant peut être fait après les repas chez les hypopeptiques et les apeptiques. Il active alors la digestion. Les seules contre-indications sont l'ulcère, le cancer de l'estomac et l'hyperchlorhydrie.

Parmi les affections de l'intestin qui peuvent bénéficier du massage, je citerai en outre des diarrhées chroniques, de la constipation avec ou sans entérite muquo-membraneuse, une affection très fréquente chez les dyspeptiques chroniques, surtout chez les gros mangeurs, apparaissant quelquefois longtemps avant la constipation ou la diarrhée et étant la conséquence de la dyspepsie ; elle passe souvent inaperçue des malades, mais si on examine avec attention le gros intestin de tous les dyspeptiques qui viennent réclamer des soins, on le rencontre au moins dans la moitié des cas. Elle consiste en une inflammation latente de la muqueuse qui se manifeste à la pression par une douleur plus ou moins vive siégeant ordinairement au niveau du cœcum quelquefois sur le trajet de l'S iliaque. Il s'agit là probablement dans un certain nombre de cas d'une lymphangite chronique sur laquelle M. Doyen de Reims vient d'attirer l'attention, dans d'autres cas d'une inflammation simple ou d'origine septique de la muqueuse. Cette inflammation peut se propager aux tissus cellulaires environnants et aux ganglions de la région. A un degré plus avancé de la maladie, il peut y avoir de la péritonite localisée avec ou sans suppuration. Si la complication se produit à droite au niveau du cœcum, on se trouve en face de la périty phlite suppurée ou non : si c'est à gauche que l'accident se produit nous assistons au même phénomène clinique, mais alors il est quelquefois difficile de faire le diagnostic entre le cancer de l'S iliaque compliqué de plastron péritonique et la lymphangite suppurée analogue à la périty phlite, d'autant plus que cette affection peut se produire lentement, que l'état général des malades est devenu mauvais et qu'il y a souvent œdème de la jambe gauche par compression des veines iliaques. M. le professeur Rendu m'a rapporté oralement deux de ces cas pour lesquels le diagnostic entre le cancer et la lymphangite était impossible à faire. Averti par le premier de ces cas qui guérit à la suite de l'incision et se basant sur le fait qu'il se trouvait en face d'un sujet atteint de dyspepsie et de constipation chronique, M. Rendu porta sur le second de ces cas un pronostic bénin que la guérison du malade vint d'ailleurs justifier. Celui que nous vîmes ensemble m'avait été adressé pour une constipation chronique avec douleurs au niveau de l'S iliaque sur le trajet de laquelle je pus constater une série de petits corps durs qui pouvaient être des ganglions et des scybales ; celles-ci n'ayant pas disparu à la suite d'un purgatif, je refusai de faire le massage de l'intestin, craignant de me trouver en face d'un cancer latent. La suite des événements vint confirmer mes craintes, et la malade succomba un mois après environ à la généralisation abdominale. C'est au moment où la malade était atteinte des symptômes dont je parlais tout à l'heure (plastron péritonique, œdème de la jambe gauche) que M. Rendu fut appelé et qu'il me parla de la difficulté de porter un diagnostic ferme, se rappelant les deux faits précédents.

Cette affection, loin d'être, à son début bien entendu, ainsi qu'on le pense à cause de la douleur, une contre-indication au massage abdominal, bénéficie de ce mode de traitement d'une façon assez rapide, mais celui-ci devra être fait avec une grande prudence ; il sera utile d'y adjoindre un régime approprié et, dans certains cas, de grands lavages avec pansements antiseptiques de la muqueuse intestinale.

Chez les enfants de tout âge les dyspepsies gastro-intestinales sont, on le sait, très fréquentes et s'accompagnent souvent de troubles profonds de la nutrition générale. Le massage, en facilitant l'absorption, améliore rapidement ces petits malades, mais il faut savoir que les premiers massages fatiguent beaucoup les enfants et qu'il

Digitized by Google

se produit quelquefois, au début du traitement, des phénomènes d'infection générale : poussée de fièvre, herpès, éruptions diverses, etc. dus à l'absorption de toxines depuis longtemps dans l'intestin ; il suffit alors de donner du calomel et de reprendre le traitement après quelques jours de repos. Chez un certain nombre d'enfants, la dyspepsie chronique se complique encore d'albuminurie intermittente. Celle-ci, loin d'être une contre-indication du massage, disparaît assez rapidement dans la plupart des cas, en même temps que les phénomènes gastro-intestinaux. Cette albuminurie disparaît-elle pour toujours après la guérison de la dyspepsie ? C'est là un point qu'il n'est pas possible d'élucider encore aujourd'hui (lire à ce sujet le rapport de M. Talamon sur les albuminuries, au Congrès de médecine interne de Nancy, 1896).

En dehors des affections gastro-intestinales dont je viens de parler, je citerai encore comme bénéficiant du massage abdominal les hypertrophies congestives du foie, la plupart du temps d'origine gastrique qui ont fait l'objet d'une étude très intéressante de M. le Dr Boix dans sa thèse inaugurale. La diurèse abondante qui se produit, grâce au coup de fouet, donne à la circulation, explique comment, en quelques jours, le foie, s'il n'est que congestionné, revient à son volume normal.

Dans le rein déplacé, surtout lorsqu'il est gros, douloureux, adhérent, s'accompagnant ou non d'entérite mucomembraneuse ou de ptose des organes (Mathieu, Glénard), les bons résultats du massage peuvent s'expliquer d abord par une action immédiate due à la diurèse abondante qui amène une décongestion rapide, au massage direct de l'organe, à la destruction des adhérences qui le retenaient fixé en dehors de sa place ; ensuite par une action médiate due à ce que, l'intestin reprenant sa forme, le coussin sur lequel le rein repose redevient normal et à ce que la paroi abdominale a recouvré, à la longue, sa résistance, la plupart du temps disparue, et qu'il est même bon, au début du traitement, de remplacer par une sangle artificielle.

Une des applications les plus logiques de cette activité circulatoire due au massage abdominal est celle qui consiste à aider la rétrocession de l'utérus après l'accouchement. Le massage m'a donné, dans les quelques cas où j'ai pu l'expérimenter, les résultats suivants, toujours les mêmes : diminution de la durée des lochies, rétrocession plus rapide de l'utérus, réfection de la paroi abdominale si le massage est continué, disparition de la constipation si fréquente chez les accouchées. Chez une de mes malades l'utérus était resté très gros le sixième jour ; le premier massage fait ce jour-là amena l'expulsion d'un énorme caillot et l'utérus diminua rapidement de volume. Je n'ai jamais remarqué d'accident, mais il va sans dire que l'on ne doit pratiquer le massage qu'en l'absence de toute menace d'infection puerpérale et qu'il faut même redoubler d'attention dans les pratiques de l'antisepsie.

A la suite de l'hystérectomie vaginale ou de l'ovariotomie, les dyspepsies congestives dont j'ai parlé plus haut sont assez fréquentes, ce sont en quelque sorte des dyspepsies supplémentaires qui peuvent s'accompagner d'hématémèses de même que les congestions passives de muqueuse pulmonaire et de la muqueuse nasale se compliquent d'hémoptysies et d'épistaxis dits supplémentaires. La dyspepsie prend le type chloro-organique à moins qu'il n'existe déjà une gastrite antérieure. J'ai soigné depuis un an dix de ces malades qui ont toutes bénéficié du massage, ce qui s'explique d ailleurs par la régularisation apportée dans la circulation ainsi que nous l'avons vu plus haut ; mais, chez quelques-unes des malades, il m'a fallu, pour faire cesser des crises gastriques d'une extrême violence ou des phénomènes congestifs trop prononcés, joindre au massage l'emploi plus ou moins fréquent de la saignée.

J ai déjà insisté dans de précédentes communications et je termine à dessein ce travail par cette remarque que le massage abdominal n'agit d'une façon complète qu'autant qu'il est aidé par l'ensemble d'une médication dont tous les effets concourent, chacun pour son compte, à la guérison de la maladie. C'est ainsi, que chez les dyspeptiques le régime variant avec les différents types chimiques, viendra se joindre à l'ensemble des agents physiques dirigés contre les manifestations générales de la maladie ; je veux parler des différentes formes d'électricité, d hydrothérapie, de gymnastique suédoise, de l'hygiène, des cures thermales qui joueront aussi un rôle efficace si l'on a soin d'en baser les indications sur l'analyse du suc gastrique.

En dehors des affections du tube digestif, lorsque le massage abdominal est indiqué il faudra y adjoindre la médication plus immédiatement en rapport avec la maladie de l'organe traité. Dans certains cas de rein flottant, de maladies des organes génitaux de la femme, le massage ne viendra que comme complément d'une opération bien dirigée. D'autres fois, le massage gynécologique viendra joindre ses bons effets à ceux du massage abdominal, etc.

Je veux démontrer, en un mot, que le massage abdominal n'agit que pour son compte personnel et ne donnera le maximum de ses bons effets que joint à l'application d'une médication appropriée.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Double souffle intermittent crural.** — Ce signe n'est nullement pathognomonique de l'insuffisance aortique. Durozier l'a rencontré en dehors de toute insuffisance, dans plusieurs cas de saturnisme, avec ou sans lésions cardiovasculaires appréciables par nos procédés cliniques d'exploration, dans l'anémie, la chlorose, la dothiénentérie. On l'a également observé dans l'anévrysme de l'aorte. D'après Girard (*Thèse de Paris* 97), il peut survenir dans l'anémie post-hémorragique et dans la dilatation aortique sans insuffisance valvulaire. D'ailleurs, Toussaint et Colrat avaient déjà observé le double souffle artériel chez des sujets parfaitement sains et chez lesquels la circulation est accélérée aux dépens de la tension. — M. D.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE

### De l'actinomycose humaine, particulièrement en France

Par les Drs A. Poncet, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon*, et L. Bérard.

C'est en France que l'actinomycose semble avoir été signalée pour la première fois, vers 1853, par Laboulbène et par Lebert. Dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (Paris, 1853), Lebert, à propos des granulations du pus, signale et représente des grains jaunâtres trouvés par lui, dans certaines suppurations, et dont l'identité avec l'actinomycose est indiscutable (1). Mais comme il est arrivé maintes fois, cette maladie dut aller chercher ses lettres de créance à l'étranger, avant d'être admise par nos pathologistes; les Italiens et les Allemands surtout, avec Rivolta, Perroncito, Bollinger, Harz, Ponfick, Bostrœm, Samter, etc., nous éclairèrent sur la nature infectieuse, sur les formes parasitaires, sur les modes de contagion, sur les types cliniques les plus habituels de l'actinomycose. Grâce à ces documents, importés chez nous par Jullien, Bricon, Firket, Mathieu, Mandereau, MM. Nocard et Lucet pouvaient présenter à l'Académie de médecine, en 1888, le premier cas d'actinomycose observé en France, avec contrôle microscopique

A ce moment, et pendant trois ou quatre ans encore, l'actinomycose fut considérée chez nous comme une *affection d'exception, essentiellement exotique.* Vers 1893 seulement, après des recherches méthodiques poursuivies dans plusieurs centres d'études: Paris, Bordeaux, Lille et Lyon surtout, on acquit la conviction que cette maladie existait réellement en France et qu'elle devait y être presque aussi fréquente que dans les pays, tels que l'Autriche et la Russie, réputés jusqu'alors, après l'Allemagne, comme les seuls « centres d'infection ».

Et, de fait, on pouvait compter dans les périodiques français, à la fin de 1896, soixante-six observations d'actinomycose, publiées, chiffre certainement au-dessous de la réalité, car sur ce total près de la moitié (26 cas) revenait à des chirurgiens lyonnais ou de la région lyonnaise, quoique le premier cas vu à Lyon (Poncet et Dor) date seulement de 1892. A Lyon même, 17 des 26 cas avaient été relevés dans notre seul service de clinique chirurgicale. Ce qui ne veut pas dire encore que le parasite soit confiné dans le Sud-Est et l'Est de la France, car si nous trouvons en 1896 pour ces régions, outre les 26 cas lyonnais de MM. Poncet, Dor, Bérard, Jaboulay, Rochet, Aug. et M. Pollosson, Gangolphe, Vallas, Guillemot, Rollet, Destot, Dubard, etc., les cinq observations réunies dans le département du Gard par M. Reboul, nous pouvons compter d'autre part:

A Bordeaux, 8 cas (Dubreuilh, Sabrazès et Frèche, Hoggs, Taburet, Capdepon et Vitrac);

A Paris, 10 cas (Netter, Choux, Legrain, Augier, Duguet, Thiéry, Macaigne et Raingeard, Ducor, Fenaton, Claisse);

A Tours, 4 cas (Meunier);

A Lille, 4 cas (Monestier, Guermonprez, Folet, Lemière, Bécue, Déléarde);

A Reims, 3 cas (Doyen);

A Toulouse, 2 cas (Audry);

A Nancy, 3 cas (Gaube, Weiss, Février);

A Orléans, 1 cas (Lucet).

Par conséquent, l'actinomycose a été observée sur tous les points de notre territoire. En Algérie même, elle a été particulièrement étudiée par MM. Gemy et Vincent, qui, des premiers, se sont appliqués à la distinguer de certaines autres maladies parasitaires, à allure clinique très analogue, dont nous parlerons sous le nom de *pseudo-actinomycoses.*

*Il est donc essentiel aujourd'hui que les médecins soient prévenus de la possibilité où ils se trouvent de rencontrer cette affection et qu'ils soient à même de la diagnostiquer.*

Nous serons brefs sur la biologie du parasite et sur les caractères histologiques de ces lésions.

(1) Un dessin de l'Atlas de Lebert ne laisse aucun doute, ainsi que la description qu'il en a donnée, sur la constatation qu'il avait faite du champignon rayonné.

« Le 12 décembre 1848, M. Louis m'envoya du pus d'une consistance épaisse, presque gélatiniforme, provenant d'un abcès des parois thoraciques d'un homme âgé de cinquante ans, atteint depuis quatre mois environ d'une affection pulmonaire, que M. Louis soupçonnait être de nature cancéreuse. Le pus renfermait une quantité très considérable de petits corps sphériques d'un jaune légèrement verdâtre, du volume d'une tête d'épingle, assez faciles à écraser entre deux lames de verre En les examinant avec un grossissement de 50 diamètres, on y distingue déjà deux éléments : une substance molle et unissante, et beaucoup de corpuscules durs étroits, cunéiformes, disposés d'une manière rayonnante. Au moyen de forts grossissements, on constate que ces corps ont 1/50e à 1/40e de millimètre de longueur, sur 1/300e de largeur à la base, et 1/500e de largeur à la pointe. Quelques-uns de ces corpuscules sont lisses, tandis que d'autres offrent une alternation d'un ou de deux étranglements avec des élargissements ampullaires intermédiaires

L'examen chimique y montre les caractères suivants : les corps sont inaltérables par les acides minéraux concentrés. L'acide acétique les débarrasse des éléments étrangers accolés à leur surface. La solution de potasse caustique ne les altère point à froid. A l'état d'ébullition, elle réduit les corpuscules cunéiformes en une poudre fine et grisâtre, sans les dissoudre. L'éther, l'alcool et le chloroforme n'exercent sur eux aucune influence, ni à chaud, ni à froid La solution de potasse dans laquelle ces corpuscules ont été chauffés, mêlée avec une solution de sulfate de cuivre, et portée jusqu'à l'ébullition, n'offre point la coloration rouge uniforme qu'elle présenterait si elle contenait de l'albumine.

On voit que les principaux caractères des corps albuminoïdes et des corps gras manquent à cette substance, dont les réactions chimiques rappellent celles de la chitine : aussi avons-nous dû penser à l'existence de quelques débris helminthiques, dont ces corps seraient des crochets, bien que nous ayons vainement cherché les corps des échinocoques et des cysticerques. » (Lebert : texte, page 24 et Atlas, planche II, figure 16).

Digitized by Google

Le parasite est l'*actinomyces bovis*; champignon du genre oospora, qui a remplacé, en le précisant, l'ancien genre streptotrix (Sauvageau et Radais). Caractérisé essentiellement par un mycélium à éléments, d'ordinaire courts, un peu incurvés, plus gros que le bacille de la tuberculose, susceptibles de s'allonger considérablement et de se ramifier dans les milieux nutritifs appropriés, il peut se présenter aussi avec des formes sporulées de reproduction, comparables à des *cocci* (surtout dans les cultures) et avec des formes de dégénérescence absolument caractéristiques, *les massues* (surtout dans les tissus malades). Dans les lésions : tissus infectés ou collections suppurées, ces éléments du parasite sont groupés en granulations, dites *grains jaunes*, dont le volume moyen est celui d'une tête d'épingle ordinaire, et dont la teinte varie, du gris-perle au jaune-brun.

Dans chaque grain on trouve, en allant du centre à la périphérie, le mycélium et les spores, facilement colorés par les produits d'aniline sans décoloration par Le Gram, puis, la bordure en couronnes des massues, qui a fait donner au parasite le nom (ἀκτίν, étoile) d'*actinomyces*, de *champignon rayonné*. Ces massues prennent peu ou pas les couleurs d'aniline, mais elles sont nuancées rapidement en rose, par l'éosine, et en orangé, par le picrocarmin. De contours ovoïdes ou piriformes, plus rarement mûriformes, deux fois plus grosses environ que les leucocytes environnants, les massues, à elles seules, permettent d'affirmer un diagnostic d'actinomycose (bien que Fischel, de Prague, et plus récemment MM. Cornil, Babès, aient signalé des formations analogues dans les cultures de tuberculose vieillies ; il suffira donc, pour les besoins de la pratique, de chercher à les colorer dans le grain jaune.

Le critérium de l'inoculation est d'ailleurs plus délicat à établir que pour la tuberculose ; aujourd'hui encore, soit l'inoculation aux animaux, soit les cultures sur milieux artificiels, exigent des techniques délicates, possibles seulement avec toutes les ressources et tous les loisirs d'un laboratoire. Ce qui les rend difficiles surtout, c'est l'association habituelle, dans les lésions de l'homme, d'un microbe pyogène ou saprophyte, à l'actinomyces, qui, mis en symbiose avec ces micro-organismes, ne tarde pas à disparaître devant leur multiplication plus rapide. Ce dernier fait explique qu'en clinique, dans les vieux foyers infectés secondairement, on puisse ne plus retrouver de grains jaunes.

Au point de vue de la contagion, bien que l'actinomycose soit très fréquente chez les herbivores, et en particulier chez les bovidés, où le parasite fut pour la première fois observé par Harz en 1877, il semble nettement établi aujourd'hui que l'infection est réalisée la plupart du temps par l'intermédiaire des végétaux, sur lesquels l'actinomyces se développe facilement et se conserve indéfiniment, en revêtant des formes de résistance (*spores*) beaucoup plus dangereuses pour l'homme, que les formes de dégénérescence (*massues*), constatées chez les animaux. D'ordinaire, c'est un grain de céréales ou un brin d'herbe, mâchonné et avalé par inadvertance, ou employé comme cure-dent, qui sert de véhicule au parasite. Plus rarement, on a pu incriminer des poussières inhalées et transportées directement dans les voies respiratoires, par exemple au cours du battage des céréales. Aussi les lésions affectent, de préférence, les tissus voisins des orifices naturels ou des cavités internes en communication avec l'extérieur : tube digestif, poumon, etc., et les habitants des campagnes sont plus exposés à la maladie que ceux des villes.

Une fois fixé dans les tissus, l'actinomyces détermine, par diapédèse des leucocytes et transformation *in situ* des éléments fixes, la formation d'un nodule infectieux, d'abord très semblable au follicule de Kœster dans la tuberculose. Autour du grain jaune se tassent en couronne des cellules épithélioïdes, dont les plus centrales, très altérées, subissent la dégénérescence et la fonte granuleuse, tandis que les moins malades sont dans un état de tuméfaction trouble, bien décrit par Unna et par Audry. Des globules blancs, peu modifiés, constituent les couches les plus périphériques du follicule ; autour d'eux, un peu refoulés et enflammés, apparaissent les éléments du tissu infecté. Dans les lésions plus anciennes et surtout dans les foyers en voie de guérison, le processus fibreux domine, comme dans le nodule tuberculeux de Friedlænder. Tout autour de la bordure de lencocytes se voient des strates conjonctives, en anneau plus ou moins épais, qui séparent le nodule des éléments voisins. La cellule géante est exceptionnelle toutefois, elle se rencontre seulement dans les très vieux nodules en voie de résorption (Pawlowski et Maksoutow).

Au contact du parasite, les tissus réagissent peu. Souvent, les vaisseaux ne présentent que des lésions minimes de leurs parois ; cette absence de péri et d'endartérite, coïncidant avec la tuméfaction trouble des cellules du nodule, distingue parfois assez nettement l'actinomycose de la syphilis et de la tuberculose, pour que le diagnostic histologique puisse être proposé, sinon affirmé, même en l'absence des grains jaunes.

La progression des lésions se fait le plus ordinairement par continuité, suivant un processus de forage, un « *travail de taupinière* ». Le parasite avance dans les tissus, au hasard des résistances qu'il rencontre le long des interstices aponévrotiques et des gaines vasculaires, pour englober dans le même foyer d'infection tous les plans d'une région : périoste, muscles, tissu sous-cutané et peau. Quand il arrive, par effraction, dans un vaisseau sanguin, il peut ensemencer, par embolie, le poumon, le foie, la rate, le rein, le cerveau, etc.; de même par la voie lymphatique il peut infecter les grandes séreuses : méninges, péricarde, plèvre et péritoine (*actinomycose pyohémique*). Mais ce sont là, pour le parasite, des modes de progression exceptionnels : *les lymphangites et surtout les adénites mycosiques constituent des raretés*. Habituelle-

Digitized by Google

ment, il procède par envahissement continu, et tandis que les premières galeries qu'il a creusées se réparent en arrière de lui, au point qu'il est souvent impossible d'en retrouver la trace, il occupe de nouveaux tissus, déterminant à son approche des phénomènes congestifs plus ou moins diffus, rarement aigus, en général chroniques, qui aboutissent à la production d'un œdème bien spécial, dont l'impression au doigt est intermédiaire entre *la dureté des tumeurs et l'empâtement plus mou des inflammations.*

Alors, au bout d'un temps qui varie avec la profondeur initiale du foyer, les téguments d'abord fixés aux plans sous-jacents, sont amincis, soulevés par des nodosités, d'une coloration bleuâtre, livide, qui s'ulcèrent presque toujours, pour donner lieu à des fistules habituellement multiples, dont le suintement même prolongé, ne détermine qu'un affaissement incomplet de ces élevures. Ces fistules offrent cette particularité intéressante que quelques-unes se cicatrisent, à côté ou au milieu d'autres foyers en pleine activité. Elles laissent écouler une sérosité louche, entraînant, avec les grains jaunes, des fongosités molles, chargées de sang, s'écrasant facilement sous le doigt. Quand la suppuration se produit, on admet généralement que des infections secondaires se sont surajoutées, bien que MM. Bollinger et Netter croient au pouvoir pyogène de l'actinomyces.

*Le tissu dans lequel le parasite se fixe de préférence est le tissu conjonctif.* Même dans les localisations intestinales, pleuro-pulmonaires, hépatiques, rénales, les lésions parenchymateuses cèdent toujours le pas aux lésions interstitielles qui les ont précédées. Et parmi les formations conjonctives elles-mêmes, *c'est le tissu cellulaire lâche qui est surtout envahi ;* les aponévroses résistent plus que les vaisseaux et que les muscles, qui arrivent à un état de bouillie jaunâtre, comparable à de la peau de chamois macérée. Les localisations osseuses sont exceptionnelles à titre primitif. Longtemps l'os reste indemne sous son périoste infecté ; et, quand il est envahi à son tour par le parasite, il est persillé, excavé sans réactions condensantes. Certaines lésions centrales, de même que les ostéo-sarcomes, peuvent boursoufler une portion de l'os et simuler, à s'y méprendre, une tumeur maligne : *actinomycome des os* (Bollinger, Ducor, Poncet). Il s'agit alors de l'actinomycose *à forme bovidée*, qui a été, jusqu'à présent, rarement observée chez l'homme.

Malgré l'opinion de Bollinger, l'actinomycose primitive des centres nerveux et des méninges reste encore à démontrer.

Quant à la répartition des foyers mycosiques suivant les différentes régions, elle est commandée par le mode même de la contagion, et, sur ce point, la plupart des statistiques concordent.

A l'étranger, Illich, Sokolow, Gudder, pour un total de plus de cinq cents cas, arrivent aux chiffres moyens suivants :

*Tête et cou* (y compris la cavité buccale et la langue), 55 0/0.

Les quatre cinquièmes des cas occupent la région des maxillaires ou temporo-maxillaires.

*Poumons et thorax*, 20 0/0.

*Abdomen*, 20 0/0 (Sokolow, 12 0/0, Gudder, 37 0/0.

*Localisations diverses*, 5 0/0.

En France, les soixante-six cas observés jusqu'à la fin de 1896, se divisent ainsi :

| | | |
|---|---|---|
| Face et cou . . . . . | 53 cas . . . | 85 0/0 |
| Thorax et poumon . . | 8 — . . . | 15 0/0 |
| Intestin et abdomen . | 3 — . . . | 2 0/0 |
| Membres . . . . . | 2 — . . . | 4 0/0 |

Mais certainement, plusieurs faits d'actinomycose abdominale et surtout *appendiculo-cœcale*, qui est la localisation habituelle dans l'abdomen, ont dû passer inaperçus, depuis que cette affection est à l'ordre du jour. Cette forme, en effet, reste longtemps torpide, ainsi que l'a fait remarquer Grill dans une étude, où il a réuni cent dix cas d'actinomycose de l'abdomen. Ainsi s'expliquent également les divergences d'appréciation entre Sokolow et Gudder.

Il faudrait un cadre plus vaste pour contenir, même résumés, les détails cliniques de chacune de ces localisations, qui heureusement, ont entre elles un air de parenté, propre à fixer l'attention, dès que les lésions sont visibles à l'extérieur. Tant qu'elles restent profondes par contre, elles évoluent avec des caractères d'une banalité telle qu'on ne peut émettre sur leur nature, que des suppositions. Le diagnostic d'actinomycose ne saurait être affirmé alors que si l'on a la bonne fortune de constater des grains jaunes dans les produits d'excrétion (crachats, urines) des organes supposés atteints ou, ce qui est plus rare, dans les matières fécales (Zemann, Ransom). Lorsque, plus tard, les plans superficiels sont envahis, on a, pour se guider, des caractères généraux qui se succèdent, dans l'ordre suivant : d'abord, une période de douleurs à peu près constantes et plus ou moins aiguës, diffuses comme la zone d'induration dans laquelle elles se produiduisent, puis des accidents inflammatoires plus ou moins nets, avec abcès, fistules, etc. Cette induration, rapidement très marquée, et toujours accompagnée d'une tuméfaction notable, n'aboutit pas à la suppuration phlegmoneuse aiguë, à moins que des associations microbiennes ne soient en jeu. D'ordinaire, les parties molles, au début simplement œdématiées et indurées en masse, comme il adviendrait pour une tumeur un peu enflammée, changent ensuite de coloration par places, se boursouflent d'élevures, irrégulières, livides, de plus en plus ramollies, dont le contenu est enfin évacué après la formation de fistules, beaucoup plus souvent cutanées que muqueuses. Le liquide qui s'en écoule est séro-sanguinolent il est mêlé de débris fongueux et de grains jaunes. S'agit-il d'un pus franc, on peut y trouver encore des grains en quantité,

Digitized by Google

mais on ne doit pas oublier qu'ils peuvent manquer complètement le champignon ayant disparu dans sa symbiose avec les microbes de la suppuration. Il en est de même pour les produits des très vieilles fistules.

A ces caractères généraux, s'ajouteront, sans doute, dans l'avenir, des signes locaux de plus en plus précis, à mesure que l'on aura suivi plus attentivement et sur un plus grand nombre de cas l'évolution de la maladie : telle cette *induration scléreuse de la langue*, qui a fait donner à l'affection, chez les bovidés, le nom de : *langue de bois*, — tel aussi, pour l'actinomycose temporo-maxillaire *le trismus serré précoce douloureux et persistant* que nous croyons des plus caractéristiques, — telle, pour l'actinomycose thoracique, *la coexistence de phénomènes pleuro-pulmonaires avec des signes de médiastinite ou de tumeur du médiastin ayant envahi les parois de la cage thoracique*. Cette étude méthodique des symptômes locaux s'impose ; elle est d'ailleurs poursuivie chez nous, depuis quelques années, dans des monographies déjà nombreuses ; pour la peau, ou plutôt pour le tissu cellulaire sous-cutané, habituellement le premier envahi (Taluret, Dubreuilh et Sabrazès, Monestier, Ringeard), pour la région cervico-faciale (Poncet, Besse, Jirou, etc.), pour la langue (Bonnet, Claisse), pour les maxillaires (Poncet, Quenet, Thollon, Rochet, Ducor), pour l'œsophage (Garde), pour le cæcum et l'appendice (Hinglais, Gangolphe), pour le poumon (Netter, Pic, Reboul, Naussac), pour les centres nerveux (Job).

La plupart de ces travaux ont eu pour point de départ des actinomycosiques observés dans notre clinique, et présentés, après vérification microscopique du parasite (Dor), soit à la Société de Médecine, soit à la Société des Sciences médicales (voir *Lyon médical* depuis 1892). C'est avec la précieuse collaboration de notre chef de laboratoire, le Dr L. Dor, qu'ils ont été menés à bien. Ses recherches expérimentales et microbiologiques (Dor, Bérard) nous ont fourni, en outre, des données fort intéressantes sur les mycoses dans la pathologie humaine.

Mais, en définitive, si ces éléments plus précis d'un diagnostic clinique peuvent servir à différencier l'actinomycose, des tumeurs et des inflammations chroniques qu'elle simule, la tuberculose et la syphilis en premier lieu, le seul critérium continuera probablement à résider, dans l'examen microscopique du grain jaune. La simple constatation de ce grain ne saurait plus, en effet, suffire pour être affirmatif. Il est probable que beaucoup de champignons parasites affectent, dans les tissus, la disposition en granulations et, après le pied de Madura, on a pu décrire plusieurs *pseudo-actimycoses à grains jaunes*. L'an dernier, nous avons observé avec Dor, chez trois malades de la clinique, une de ces formes, caractérisée par les dimensions considérables des grains et par la disposition du mycélium en long chevelu, sans massues. (A. Poncet, *Des pseudo-actinomycoses, Congrès français de chirurgie 1896* et Guignot, *Thèse de Lyon, 1896.*)

Le traitement ioduré lui-même, considéré depuis Thomassen comme pierre de touche et comme remède spécifique, ne peut pas toujours servir au diagnostic. D'une part, il risque de faire confondre avec la syphilis les actinomycoses qu'il guérit, et, d'autre part, il est parfois impuissant, comme nous nous en sommes maintes fois rendu compte, vis-à-vis de certaines actinomycoses, particulièrement malignes par la résistances plus grande du champignon, ou la réceptivité plus considérable du sujet infecté.

Ces variations de virulence expliquent déjà les différences de gravité, mais le pronostic est plus encore subordonné à la localisation même de la lésion et à la présence ou à l'absence d'infections secondaires. C'est ainsi qu'en principe, un foyer profond ou voisin des centres nerveux est toujours dangereux en raison de l'envahissement possible de viscères essentiels. *La mortalité, réduite à 3 0/0 dans les formes cutanées, s'élève à 70 0/0 dans les localisations abdominales, à 83 0/0 dans le poumon et à près de 100 0/0 pour le cerveau.*

Il est donc urgent de dépister de bonne heure le parasite et de le rechercher, de parti pris, dans tous les produits d'excrétion ou de suppuration suspects. Dès que sa présence sera constatée on plutôt dès qu'on aura de fortes raisons de la supposer, l'iodure sera administré, suivant les mêmes règles que chez les syphilitiques. Il ne faut pas toutefois se faire d'illusions sur l'efficacité de ce médicament. Il ne sera souvent qu'un adjuvant utile au traitement chirurgical : débridement, grattage, cautérisations modificatrices, ablation, etc., absolument indiqué, toutes les fois que le foyer sera accessible à l'opérateur.

Cette notice qui est une vue d'ensemble sur l'actinomycose humaine, une sorte d'introduction à l'étude de cette maladie dans notre pays, a été rédigée avec des documents personnels et surtout lyonnais. Nous avons relaté tous les cas publiés en France et, à en juger par leur nombre, qui dépasse déjà le chiffre de *soixante-dix*, il n'est pas douteux que l'actinomycose s'y trouve aussi fréquente que dans les pays voisins. La plupart des dessins qui figurent dans ces pages ont été empruntés au chapitre *Actinomycose osseuse* (A. Poncet) du *Traité de chirurgie*. publié sous la direction de MM. S. Duplay et P. Reclus. Tome II, 2e édition, Paris 1897.

Comme nous l'avons dit bien souvent, et en particulier à l'Académie de Médecine dans diverses communications, *il suffit de rechercher l'actinomycose pour la trouver*. De telles recherches s'imposent systématiquement, car la maladie est, dans l'espèce humaine, *commune et redoutable*.

Digitized by Google

## THÉRAPEUTIQUE

### A propos du traitement des plaies infectées. Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol

Par M. Le Dentu, *professeur de clinique chirurgicale* (1)

Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces *méthodes* sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des *agents* dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-uns cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville ; ce sont : le *formol* et le *parachlorophénol*.

Avec des solutions à 5 p. 100 et à 5 p. 1000 de la solution à 40 p. 100 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 p. 100 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escarrifiant très marqué.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gr. 79 et 0 gr. 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait donc de 0 gr. 66 par kilogramme d'animal, ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que, chez l'homme, il faut se méfier de l'absorption en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 p. 100. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir *désodorant* absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5 p. 1000.

A ces divers titres, le formol est donc *un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre*. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 p. 1000, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici, et la solution au 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2,5 p. 1000, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le *parachlorophénol* est un dérivé du chlore et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37 degrés, bouillent à 217 degrés, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois environ plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées par 21 cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2,5 p. 100, 1 p. 100 et 1 p. 1000. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gr. 21 et 0 gr. 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 0 gr. 25 par kilogramme ont été supportés. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 0 gr. 26 par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 0 gr. 51 et de 1 gr. 42 par kilogramme, ont causé la

(1) Congrès de Moscou, août 97.

Digitized by Google

mort ; dans le premier cas, avec 4 injections; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gr. 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gr. 25 à 0 gr. 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbicide cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant ; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est donc un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

---

## Sur le traitement des sinusites (maxillaire excepté)

Par le Dr E.-J. Moure, de Bordeaux. (1)

Le traitement des sinusites doit être approprié non seulement à chacune des cavités accessoires séparément atteintes mais, aussi aux différentes formes cliniques suppuratives de cette région. Ainsi, par exemple, l'écoulement muco-purulent sans autres symptômes ne doit pas être traité par des moyens aussi énergiques qu'une sinusite fongueuse ou qu'une ostéite atteignant toutes les cavités de la face. L'auteur insiste d'abord sur les formes cliniques de l'affection, qu'il classe en formes muqueuse ou muco-purulente, forme polypoïde et forme osseuse. Chacun de ces modes inflammatoires se retrouve dans les différentes cavités accessoires dont l'auteur étudie le traitement.

I. *Sinusites Ethmoïdales.* — La forme muqueuse nécessite simplement l'emploi de moyens médicaux, pulvérisations directes, quarante lavages, fumigations, etc. La forme fongueuse latente réclame une intervention un peu plus active, qui devra consister à faciliter l'écoulement du pus venant de l'intérieur des cavités ethmoïdales.

On arrivera à ce but en ouvrant largement la cavité malade, avec la cuillère tranchante, le couteau, le galvanocautère, ou mieux encore la pince coupante. L'auteur repousse le drille conseillé par quelques auteurs américains ; cet instrument pouvant être dangereux dans les mains d'un praticien peu habitué à le manier. Le serre-nœud à froid ou à chaud, peut également être mis en usage.

Les formes osseuses ou fistules sont traitées par la voie externe habituellement ; il sera utile de combiner cette méthode avec le procédé endo-nasal. En effet, l'incision externe permettra de nettoyer complètement le trajet fistuleux ouvert à l'extérieur, et le traitement par les voies naturelles de supprimer tout le tissu fongueux, toutes les portions malades, de manière à obtenir rapidement la cicatrisation de la fistule.

II. *Sinusites frontales.* — Les formes muqueuses ou muco-purulentes légères ne nécessitent souvent aucune espèce de traitement, si l'écoulement se fait facilement au dehors ; toutefois, on pourrait faire dans l'intérieur de la cavité, soit des injections d'air simple comme l'a conseillé Hartmann, ou d'air mentholé (Guye) ; les inhalations, le humage, les pulvérisations huileuses dont a parlé l'auteur à propos des cellules ethmoïdales, trouveront ici leur emploi.

La forme fongueuse pourra nécessiter ou un simple déblaiement du canal naso-frontal, de façon à permettre l'écoulement facile au dehors de la suppuration frontale. On pourra même, à la rigueur, essayer avec beaucoup de précaution le lavage direct de la cavité, sans vouloir pénétrer trop avant à travers le canal naso-frontal, mais l'auteur repousse les perforations artificielles faites à travers le cornet, comme l'a conseillé Schaeffer, ou les manœuvres endo-nasales faites à l'aveugle. Si l'on veut agir chirurgicalement, c'est à la voie externe qu'il faut donner la préférence, et parmi les procédés employés pour traiter ces sinusités, l'auteur pense que la méthode Ogaton Luc est celle qui lui paraît, d'après son expérience, préférable à toute autre. La forme osseuse et fistuleuse nécessite d'une manière formelle l'intervention externe ; on emploiera encore la méthode recommandée par l'auteur.

III. *Sinus sphénoïdal.*— Les sinusites sphénoïdales passent souvent inaperçues, étant confondues avec le catarrhe naso-pharyngien. Les formes fongueuses seules méritent d'appeler l'attention, car elles sont bien connues aujourd'hui, et somme toute, le traitement du sinus sphénoïdal est peut-être celui qui nous est le plus facile, puisque cette cavité accessoire s'offre directement à notre vue ; elle peut-être néanmoins cachée par le cornet moyen, qu'il suffit d'enlever dans ces cas, pour pouvoir prénétrer directement dans le sinus spénoïdal, le curetter, l'écouvillonner, en un mot le nettoyer tout à son aise, et supprimer les fongosités qui entretiennent la suppuration et arriver à guérir cette dernière.

(1) Congrès de Moscou, août 97.

Digitized by Google

Les sinusites combinées sont généralement accompagnées de trajets fistuleux externes qui exigent une intervention par les voies naturelles et par la face. Ce traitement sera approprié à chaque cas, il devra autant que possible être large, de manière à supprimer toutes les lésions fongueuses, tous les points d'ostéite, et arriver rapidement à la guérison. Comme les cavités nasales sont largement ouvertes à l'intérieur, et que le drainage est facile, l'auteur conseille de suturer la peau complètement toutes les fois que la chose sera possible, de manière à faciliter la guérison rapide non seulement de la plaie cutanée, mais de la lésion intérieure qui aura moins de chances de s'infecter si elle n'est pas en communication directe par un drain, avec l'air extérieur.

## CHIRURGIE

**La mort subite post-opératoire.** — La mort subite post-opératoire est celle qui survient inopinément et brusquement après une intervention chirurgicale, alors que rien dans cette intervention, qui peut être très bénigne, ne faisait pressentir un dénouement fatal aussi rapide. Il peut être intéressant de rechercher quelles sont les causes réelles de la mort dans ces cas, dont doivent être distraites évidemment les terminaisons par hémorragies, septicémie, etc. On a créé, pour l'expliquer, le terme vague de « shock opératoire », qui ne signifie rien, derrière lequel se cache l'ignorance de la cause, et dont on fait certes un usage abusif. Or, si parfois, l'autopsie ne révèle aucun indice étiologique, la plupart du temps elle permet de constater qu'il y a une relation certaine entre la mort et l'opération, en décelant une lésion pulmonaire, cardiaque ou cérébrale, et, d'autre part, les antécédents du malade, pour peu qu'ils soient fouillés, fournissent une notion causale qui permet de satisfaire l'esprit.

L'*âge* du malade doit-il entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la mort subite post opératoire ? C'est à cette conclusion qu'arrive le docteur Hamant (*Th. doct.*, 1897), étonné d'avoir vu survenir à la maison départementale de Nanterre un certain nombre de morts de ce genre, alors qu'elles n'entrent qu'en proportion minime dans la statistique des hôpitaux de Paris. Les hospitalisés de Nanterre ont en effet, en général, dépassé la cinquantaine, ils ont eu souvent à fournir les frais d'une suppuration prolongée, et leur misère physiologique antérieure, les nombreuses privations qu'ils ont endurées sont assurément un terrain défavorable au point de vue opératoire ; cependant, il semble difficile d'admettre, avec M. Hamant, que ces causes, à elles seules, puissent déterminer la mort subite ; l'expérience a montré que l'âge avancé des malades n'est pas une contre indication absolue à une intervention chirurgicale, et qu'un mauvais état de santé antérieur ne fait qu'éloigner l'échéance de la guérison, ou entraîner la mort, mais d'une façon lente et progressive. L'âge des opérés n'est donc qu'une cause occasionnelle ; la cause vraie nous échappe ou réside ailleurs.

Les hommes paraissent plus prédisposés que les femmes à ce dénouement post-opératoire, sans doute à cause de leur intempérance, de leur travail physique ou de leur surmenage ; mais les causes les plus certaines en sont la congestion pulmonaire, l'alcoolisme, les affections cardiaques, le diabète, l'albuminurie, toutes manifestations de l'artério-sclérose.

Verneuil avait insisté, dans ses travaux, sur les dangers que présentaient les opérations chez des malades atteints d'affections de ce genre, et à l'exemple de Lebert, il avait signalé des cas de morts subites post-opératoires dues à de la congestion et à de l'apoplexie pulmonaires, survenues chez des diabétiques, des albuminuriques, des alcooliques, etc. Il s'agissait pour lui « d'une altération rapide du sang agissant à la manière des poisons septiques » ; la bactériologie donnera sans doute un jour une explication plus technique de ce fait qui peut être vrai, mais il nous semble qu'on doit incriminer d'une façon plus sérieuse l'action toxique du chloroforme, sur les nerfs du poumon et du cœur, chez des malades, dont les vaisseaux, le cerveau ou les reins sont scléreux, et qui sont souvent atteints d'affections pulmonaires et de cardiopathies avérées ou latentes. Il faut enfin à ces causes ajouter celles qui sont dues à la formation d'une embolie graisseuse, consécutive aux interventions sur les os.

Bien que ces données étiologiques soient forcément incomplètes et que la pathogénie d'accidents de cette nature soit encore fort obscure, il semble néanmoins que le chirurgien peut tirer de l'ensemble des faits connus un triple enseignement : 1° n'intervenir chez des malades âgés qu'après s'être livré à un examen minutieux de l'état du cœur, du poumon, des reins, et à une analyse du contenu des urines ; 2° retarder, si possible, l'opération, tant qu'une amélioration notable ne sera pas survenue de ces différents côtés ; 3° en cas d'urgence opératoire, couvrir sa responsabilité, en avertissant l'entourage du patient du grave danger auquel il est exposé. — L. Flœrsheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 17 août 1897*

M. Robin : **Albuminurie dyspeptique.** — Il y a bien longtemps qu'a été discutée, pour la première fois, l'existence des albuminuries fonctionnelles. Aujourd'hui, cette existence est admise d'une manière générale. Ces albuminuries sont des albuminuries d'origine nerveuse, d'origine hépatique, d'origine alimentaire, d'origine dyspeptique. L'albuminurie d'origine dyspeptique est assez fréquente. Ainsi, sur environ 1600 cas que j'ai observés, j'ai pu relever 300 cas d'albuminurie. Cette albuminurie présente des différences telles qu'on peut, assez facilement, ne point la confondre avec l'albuminurie d'origine rénale. Le malade qui en est atteint présente le type de

Digitized by Google

l'hypersténie gastrique avec douleurs, clapotage stomacal, augmentation de volume du foie, constipation. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique en liberté, de l'albumine non coagulable par la chaleur, des acides de fermentation organique.

Ces malades sont, en général, fort amaigris, nerveux jusqu'aux apparences de la neurasthénie. Les urines présentent un caractère typique. L'albumine ne se rencontre que dans l'urine émise après les repas, varie avec le mode d'alimentation, est uniquement constituée par de la sérine, et disparaît, en général, par le repos au lit. De plus, ces urines contiennent une quantité assez notable de phosphate terreux, d'indican (signe de fermentation intestinale). L'état des échanges est assez modifié : le coefficient de déminéralisation est augmenté de 30 0/0, il est porté à 45. La ventilation pulmonaire est au-dessous de la normale, la quantité d'oxygène absorbée est moindre.

Doit-on faire jouer un rôle aux toxines stomacales dans la pathogénie de ces accidents? Evidemment non ; car l'examen chimique de ces toxines ne décèle point la présence d'alcaloïdes et leur injection intra-veineuse chez le lapin ne détermine aucun trouble.

Cette albuminurie dyspeptique paraît être engendrée par l'introduction dans l'organisme d'albumine incomplètement transformée par les sucs digestifs. Cet albumine est alors un véritable corps étranger qui doit être éliminé. Elle ne peut, en effet, se combiner avec des sels minéraux puisqu'il y a déjà un excès de minéralisation ; elle ne peut s'oxyder puisque la ventilation pulmonaire est diminuée.

Quel est le pronostic de ces albuminuries? Prises très tôt, elles rétrocèdent ; abandonnées à elles-mêmes, elles se compliquent de lésions rénales et tendent au brightisme. Quel régime doit-on faire suivre? Il n'y a rien d'absolu. On doit essayer du régime lacté absolu, du régime végétal et du régime carné. Celui de ces régimes qui donne le moins d'albumine sera évidemment adopté.

M. Dubousquet-Labordérie fait une communication sur l'immunité qu'ont certaines familles à l'égard de la tuberculose.

M. Troussart fait une communication à propos d'un acarus que l'on rencontre dans certains vins sucrés et surtout dans les vins de raisin sec. Il s'agit de l'acarus Fossulorum dont la vie serait facilitée par la présence de moisissures.

M. Monnier présente deux radiographies montrant une pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage, radiographies ayant permis d'enlever ce corps étranger.

## BIBLIOGRAPHIE

**Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses** (*Encyclopédie scientifique des aide-mémoire*), par M. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon (Masson, éditeur).

Dans ce livre, l'auteur résume tous les travaux relatifs aux manifestations auditives dans les affections du système nerveux. L'ouvrage débute par un chapitre de diagnostic où sont clairement exposées les principales méthodes d'investigation de l'oreille interne (expérience de Weber, épreuve de Rinne, épreuve de Gellé, etc.). Par suite, l'étude des troubles auditifs dans l'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales, les méningites; ceux du tabes, de la sclérose en plaques, des névroses, forment autant d'intéressants chapitres. Une mention spéciale devait être réservée à la paralysie faciale et à l'otite névro-paralytique qui accompagne les lésions du trijumeau. L'auteur utilise ensuite tous ces documents pour résoudre, par la méthode anatomo-clinique, la question des origines du nerf acoustique. On trouvera au chapitre *voies acoustiques* tout ce qu'on connaît d'essentiel à ce sujet dans l'état actuel de la science. Le développement rapide des études otologiques dans ces dernières années rendait ce petit livre indispensable; aussi espérons-nous qui sera accueilli avec une égale faveur par les neurologistes et les otologistes.

**Manuel d'ophtalmologie**, par le Dr E. Fuchs ; 2e édition française, traduite sur la 5e allemande. Carré et Naud, éditeurs, rue Racine.

Un livre simple et clair, fait par un savant, telle est l'appréciation générale que l'on peut donner sur cet excellent ouvrage. S'il en est de plus étendus au point de vue anatomo-pathologique, historique, etc., nul ne le vaut si l'on considère la clarté de l'exposition, la mise au point de chaque question, et, avant tout, l'heureuse proportion suivant laquelle les données pratiques et les renseignements scientifiques se trouvent combinés. On reconnaît là tout ensemble le praticien, l'homme de science et le professeur rompu à l'enseignement des élèves. Il n'y a pas mieux, au point de vue didactique, que ce remarquable ouvrage. — A. R. D.

**Traité de médecine et de thérapeutique**, par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 10 vol. in-8° de 850 pages chacun illustrés de figures.

*Vient de paraître :* Tome IV. *Maladies du tube digestif.* 1 vol. grand in-8° de 882 pages avec figures (J.-B. Baillière et fils).

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs au sujet de l'importance de ce nouveau traité ; le succès obtenu n'a pas trompé nos prévisions.

Le *quatrième volume*, qui vient de paraître et qui est consacré aux *maladies du tube digestif*, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé. Il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés : les noms des maîtres qui les ont écrits nous dispensent d'en faire l'éloge.

Les *maladies de la bouche et du pharynx* sont étudiées par le professeur J. Teissier (de Lyon), dont le *Traité de pathologie médicale*, en collaboration avec le professeur Laveran, est devenu classique par un succès de quatre éditions. Les *maladies de l'estomac* sont traitées par le professeur Hayem, dont la compétence sur ce sujet est universellement reconnue. Le Dr Galliard, médecin des hôpitaux, s'est chargé des maladies de l'*œsophage* et de l'*intestin*. Les professeurs Laboulbène et Hutinel ont donné deux monographies sur les sujets pour lesquels ils font autorité : le premier sur les *vers intestinaux*, le deuxième sur les *entérites infantiles*. Enfin le Dr Dupré termine le volume par l'étude des *maladies du péritoine*. L'exécution matérielle de ce traité est tout particulièrement soignée : de nombreuses figures et tracés aident à la compréhension du texte.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Hugrard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

## De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire pendant la grossesse

Par le Dr Boissard, *accoucheur à la Maternité.*

Pour faire suite à notre précédent article (1) et le compléter, il nous faut, dans cette revue de thérapeutique obstétricale, aborder l'étude générale des médicaments *proscrits* à tort ou à raison chez les femmes enceintes ; avec l'idée transmise par la science obstétricale du XVIIIe siècle qui considérait la femme enceinte comme une sorte de *noli me tangere*, toute thérapeutique est bannie ; seules, les saignées, largement, trop largement pratiquées, les clystères et quelques électuaires de formules très compliquées, mais anodines, forment le fond de l'arsenal thérapeutique.

Cette notion d'abstention thérapeutique chez la femme enceinte actuellement en partie dissipée n'a pas encore complètement disparu ; où est la vérité, où est l'exagération ?

D'une manière générale, il est certain que toute ingestion médicamenteuse, toute intervention thérapeutique, sera incriminée, lorsqu'elle sera suivie d'avortement ou d'accouchement prématuré ; l'entourage ne pourra s'empêcher de formuler un *post hoc ergo propter hoc*, au lieu de voir une simple coïncidence ; on devra donc signaler la possibilité de ce fait, et justifier la nécessité thérapeutique pour éviter tout regret, et empêcher toute récrimination.

*Médicaments abortifs. Emmenagogues.* — Les différents emmenagogues (rue, sabine, armoise, apiol), seront bannis de l'arsenal thérapeutique, non seulement chez les femmes enceintes, mais surtout chez les femmes où l'on soupçonne la possibilité d'un début de grossesse ; les *légers retards* seront abandonnés à eux-mêmes, et on confiera au temps, qui dénoue tant de mystères, le soin d'en révéler la cause ; ce n'est pas qu'il faille croire aux propriétés abortives de ces médicaments, mais il importe de ne se prêter à aucune tentative et de ne s'exposer à aucun soupçon de complaisance ou de complicité pour les cas où, en face d'un retard de règles, une femme aurait recours à d'autres moyens, après avoir suivi un traitement par les différents emmenagogues.

*Il n'y a pas de médicaments abortifs* dans le sens exact et étroit du mot, mais il y a des médicaments qui, *à doses toxiques*, peuvent amener en même temps que l'expulsion de l'œuf la mort de la femme : donc inutilité, inefficacité de ces médicaments ou danger d'intoxications, et d'empoisonnements pour la femme.

*Médicaments ecboliques ocytociques.* — A côté de ces médicaments dits emmenagogues, il y en a toute une autre classe qui aurait la propriété d'éveiller, de mettre en marche ou en action la contractilité utérine (médicaments ecboliques) ou de renforcer l'intensité des contractions utérines une fois éveillées et mises en jeu (médicaments ocytociques) ; l'action de ces derniers est certaine (seigle ergoté), celle des premiers est douteuse, pour ne pas dire plus.

Parmi ceux-ci, les deux plus incriminés sont le *sulfate de quinine* et le *salicylate de soude* ; il faudrait en finir une bonne fois avec cette idée que l'ingestion de ces médicaments puisse provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré ; cette action serait du reste vraiment bien fâcheuse, car la thérapeutique obstétricale se trouverait privée de deux médicaments précieux, dont sont souvent justiciables les femmes enceintes, mais elle serait par contre bien avantageuse dans les cas où en face d'un rétrécissement du bassin, par exemple, il serait formellement indiqué d'interrompre le cours de la grossesse.

Régulièrement, tous les deux ou trois ans, il est publié un mémoire où le sulfate de quinine est incriminé, pour être innocenté dans un autre mémoire paraissant peu de temps après, si bien qu'il semblerait que cette question ne soit pas encore jugée à l'heure actuelle.

L'action abortive ou ecbolique du sulfate de quinine a été discutée par Rayer, Martineau, Duboué (de Pau), Burdel (de Vierzon), Chiara, Miraschi (de Salonique) et il résulte de leurs recherches et de leurs expériences que le sulfate de quinine ne saurait être considéré comme un médicament abortif ; dans plusieurs cas où, en face d'un rétrécissement du bassin, il était nécessaire d'interrompre le cours de la grossesse, il a été donné des doses quotidiennes et massives de sulfate de quinine, sans jamais produire le moindre début de travail et pourtant ce médicament était donné à doses, sinon toxiques, du moins suffisantes pour causer l'ivresse quinique.

On n'hésitera donc pas à recourir à ce précieux médicament chaque fois que, dans le cours d'une grossesse, il y aura des manifestations d'impaludisme, et ces cas sont, on le sait, assez fréquents, la grossesse servant de rappel, en quelque sorte, à l'impaludisme qui sommeillait ; il en sera de même du salicylate de soude ; seul, le seigle ergoté, en raison de ses propriétés ocytociques incontestables, sera rejeté, même en cas d'hémorragies pendant la grossesse, pour ne pas amener de tétanisation du côté des fibres utérines.

Quant aux médicaments *stupéfiants*, *analgésiques* ou *anesthésiques*, ils pourront être administrés sans crainte lorsque leur emploi en sera justifié, et cela au grand avantage des parturientes ; on pourra donc recourir aux différentes préparations de *belladone* et de *datura*, à *l'antipyrine*, à l'*opium*, *chloral*, *chloroforme* ou *éther*. On sait quels services rend journellement le *laudanum* admirablement bien supporté par les femmes enceintes qui, en cas de menaces d'avortement, peuvent prendre jusqu'à 100 gouttes de laudanum en quatre fois dans les vingt-quatre heures,

(1) *Journal des praticiens*, 29 mai 1897 : De quelques médicaments qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices.

Digitized by Google

dans un lavement d'eau bouillie ; il en est de même du chloral (vomissements) et du chloroforme, employé pendant la grossesse pour éclaircir un diagnostic jusque là incertain, pour apprécier exactement la configuration de l'excavation pelvienne, pour réduire une rétroversion de l'utérus gravide, pour faciliter enfin une version par manœuvres externes.

Les différentes *préparations mercurielles* seront administrées non seulement dans les cas avérés de syphilis, mais même dans les cas douteux ou inavoués, lorsqu'on se trouvera en présence d'une série d'avortements ou d'expulsion prématurée d'enfants macérés.

Sans vouloir faire ici le tableau du traitement de la syphilis pendant la grossesse, nous dirons seulement que ce traitement devra être le plus souvent intensif et prolongé pendant toute la durée de la grossesse, avec une période de 10 jours de repos chaque mois ; on devra seulement, en raison de la fréquence de la gingivite chez les femmes enceintes, surveiller avec le plus grand soin l'état de la bouche.

Il nous reste ,pour terminer, à parler des *purgatifs* et de l'emploi de l'eau (*bains-injections*) chez les femmes enceintes.

Sous prétexte que dans les débuts de la grossesse il serait dangereux de se purger, certaines femmes arrivent à un état de constipation extraordinaire, plus grave que la possibilité du danger qu'elles redoutent.

D'une façon générale, si l'on doit bannir de la pratique l'emploi des *purgatifs drastiques* (eau-de-vie allemande), hormis à la fin de la grossesse, chez les albuminuriques, et des pilules qui renferment de l'aloès, il y aura tout avantage à en entretenir un bon et régulier fonctionnement de l'intestin par l'huile de ricin, le cascara, le sené et à la rigueur par des lavements d'eau bouillie.

Quant à l'emploi de l'eau sous forme de *grands bains*, la plupart des femmes enceintes y renoncent au moins jusqu'à ce qu'elles sentent remuer, et certaines s'en abstiennent jusqu'à ce qu'elles arrivent près du terme de la délivrance; c'est là un véritable préjugé qui va à l'encontre du but poursuivi, qui est de favoriser le fonctionnement de tous les organes, et de la peau en particulier; les femmes enceintes pourront et devront donc prendre des bains pendant la grossesse, un tous les 15 ou 20 jours au moins ; les précautions à prendre seront seulement les suivantes : Ne pas prendre de bains aux époques correspondantes à la dernière apparition des règles ; ne pas prendre de bains à une température supérieure à 35 et 36°, et d'une durée de plus de 15 minutes ; enfin, ne pas se refroidir en sortant du bain.

Quant aux *injections vaginales*, nous craignons bien que pendant longtemps encore l'usage ne s'en généralise pas ; combien de femmes, et parmi celles qui passent pour prendre les plus grands soins d'elles-mêmes, combien de femmes ne prennent qu'une injection par semaine, voire même par mois, et quelle injection encore : un mince filet d'eau, non aseptique ni antiseptique, qui va humecter l'entrée du canal vaginal, au lieu d'aller laver à fond les culs-de-sac du vagin ; il faut que la pratique des larges et grandes injections se généralise, et que leur nécessité en soit expliquée aux femmes.

Il faudra seulement recommander impérieusement de ne pas prendre les injections avec l'irrigateur, dont l'usage différent doit rester spécial ; en outre, le jet pourrait être trop violent, *ce qu'il faut absolument éviter* ; c'est à une véritable balnéation interne et profonde qu'il faut recourir, en faisant passer *doucement*, *lentement* un grand litre d'eau bouillie, qui sera portée jusqu'au fond du vagin au moyen d'une longue canule droite en verre ; de préférence cette injection sera prise couchée, et de toute nécessité faite sans pression avec une solution antiseptique dont la température ne dépassera pas 37 à 38°.

Avec ces précautions, on se mettra à l'abri des accidents résultant de l'action de l'eau chaude sur les fibres utérines et on supprimera tout traumatisme sur le col utérin.

# CLINIQUE INFANTILE

## Des croups d'emblée

Par le Dr H. Gillet, *ancien interne des hôpitaux*

Il n'y a pas un croup d'emblée, il y a des croups d'emblée.

Nous vivions en clinique sur l'opposition nette et tranchée établie entre la laryngite striduleuse ou laryngite catarrhale aigüe ou faux croup et le croup ou laryngite diphtérique sans intermédiaire possible entre ces deux états. D'où deux entités autonomes, antithétiques.

Cette conception classique de dualité correspond en effet à la majorité des cas et cette schématisation s'imposa dès l'abord ; toutefois, elle ne traduit pas avec une absolue exactitude les résultats d'une observation plus approfondie. Ce n'est pas qu'on doive penser qu'entre la laryngite striduleuse, c'est-à-dire muqueuse, catarrhale et le croup ou laryngite pseudo-membraneuse, il y ait place pour des formes bâtardes à la fois catarrhale et pseudo-membraneuse.

La correction à faire aux idées jusqu'ici courantes, si elle touche l'anatomie pathologique, ne comporte la création d'aucun type nouveau.

Les faits observés d'abord par M. L. Martin (1) et de plusieurs côtés ensuite montrent que le tableau clinique qui correspond au croup d'emblée n'appartient pas à une seule forme anatomo-pathologique, qu'il n'est pas l'apanage exclusif du croup d'emblée diphtérique. Des symptômes semblables peuvent manifester à la fois le vrai croup d'emblée, infectieux, diphtérique, pseudo-membraneux et une laryngite purement catarrhale sans trace de fausses

(1) L. Martin. (*Annales de l'Institut Pasteur*) 25 mai 1892.

Digitized by Google

membranes, stérile au point de vue bactériologique ou tout au moins à microbe banal.

C'est encore autre chose que cette autre constatation dévoilée par la bactériologie que la laryngite pseudo-membraneuse, comme l'angine du reste, peut n'être pas diphtérique mais streptococcique ou autre encore.

De ce fait d'observation, il ressort deux corollaires :

1° *La laryngite striduleuse n'est pas la seule forme suffocante de laryngite catarrhale de l'enfance.*

2° *Les complexus symptomatiques du croup d'emblée appartient à la fois à la laryngite pseudo-membraneuse (croup d'emblée diphtéritique et fibrineux) et à la laryngite suffocante, aiguë, catarrhale (croup d'emblée catarrhal).*

Déjà, M. R. Bayeux, il y a quelque temps, attirait l'attention sur des enfants atteints de rougeole et qu'il avait été forcé de tuber, sans que l'examen cadavérique eût révélé la nature diphtérique de la maladie ; cependant c'était bien le même aspect clinique, le même tableau de maladie. Au point de vue anatomo-pathologique, on était en présence d'une laryngite catarrhale, et non pas d'une laryngite diphtéritique.

Plus récemment, M. Hepp (1) a rapporté un certain nombre de faits où la laryngite suffocante se produit sans être précédée d'une autre maladie initiale infectieuse ou non. C'est véritablement d'emblée que l'enfant présente les symptômes de dyspnée aiguë de croup.

L'examen anatomique démontre l'absence absolue de fausse membrane dans le larynx, comme l'examen minutieux de la gorge pratiqué sur le vivant faisait constater l'intégrité de la muqueuse, sur laquelle on ne découvrait pas le plus petit placard pseudo-membraneux.

On peut rapprocher de cette laryngite suffocante morbilleuse et de cette laryngite suffocante primitive ou croup d'emblée catarrhal, la laryngite suffocante varicelleuse (2).

La confusion symptomatique inévitable n'est pas pour nous surprendre. Tous les organes ne possèdent qu'un nombre limité de moyens pour nous traduire leur souffrance. Les plus sensibles, comme le système nerveux, n'échappent pas à cette règle de sémiotique générale ; qu'une région du cerveau soit comprimée par un corps étranger, par un épanchement sanguin ou autre, un abcès, une tumeur, tubercule, cancer, etc., l'organe répondra le plus souvent d'une façon très nette, indiquera d'une manière précise la localisation de la lésion. Il sera, par contre, absolument muet sur la nature même de la cause de compression. Notre diagnostic n'aboutira que par des moyens détournés à nous fournis en dehors de l'organe lui-même, début, marche de la maladie, existence ou absence de fièvre, anamnestiques divers, d'où nous tirons les inductions et les déductions.

Il en sera de même pour le larynx et le larynx de l'enfant en particulier.

Tout ce qui peut obstruer la glotte aboutit à la suffocation. Le larynx ne nous donne que ce renseignement et dans le cas présent, combien vague, car ce symptôme suffocation ne lui appartient même pas en propre. La suffocation traduit la difficulté de l'arrivée de l'air dans les voies aériennes ou mieux l'absence ou la difficulté grande de pénétration de cet air jusqu'aux alvéoles. Ce symptôme suffocation par lui-même ne localise pas l'obstacle à tel ou tel point spécial de l'arbre respiratoire en haut ou en bas.

Nous n'arriverons à la notion de croup, que par élimination, de sorte que le *croup d'emblée ne se diagnostique pas d'emblée.*

Nous rencontrerons donc, dans le croup catarrhal d'emblée, la même dyspnée paroxystique, avec tirage comme dans le coup diphtéritique.

La possibilité du croup d'emblée non diphtérique est implicitement reconnue et indiquée par M. le prof. Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg). Pour lui le croup, compris dans un sens large, embrasse à la fois toutes les inflammations laryngo-trachéales, accompagnées de signes de sténose et de suffocation, que ces inflammations soient purement catarrhales ou soient fibrineuses ou pseudo-membraneuses.

Un travail récent de cet auteur (1), et qui résume une expérience déjà vieille de vingt-cinq ans à l'hôpital du prince d'Oldenbourg (de Saint-Pétersbourg), permet de se rendre compte de la fréquence dans le croup d'emblée des cas à ranger dans la diphtérie et de ceux à classer dans les laryngites catarrhales.

C'est ainsi que, sur 614 cas de croup, il n'en compta que 102, c'est-à-dire 16,6 0/0 développés primitivement, vrais croups d'emblée.

Au point de vue de la nature de la maladie, il s'en est montré 10,8 0/0 seulement de diphtériques, 78,4 0/0 sûrement non diphtériques, simplement catarrhaux, et 10,8 0/0 de diagnostic anatomo-pathologique incertain.

De ces chiffres on peut tirer la conclusion suivante : *le croup d'emblée semble plus souvent dû à une laryngite suffocante autre que la laryngite diphtérique.*

Ce point mérite d'attirer l'attention et sa constatation est grosse de conséquence pour la pratique.

On a beaucoup plus de chance d'avoir affaire à un croup diphtérique, lorsque le croup n'est pas d'emblée, mais précédé d'une angine blanche.

L'absence de la première étape gutturale crée des probabilités en plus pour un croup non diphtérique.

Il y a une certaine corrélation entre ce résultat de sta-

(1) Hepp. Etude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée, (*Gaz. hôp.*, mars 1897).

(2) Boucheron, th. Paris, 1893.
Marfan et Hallé. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1896.
Harlez, De la laryngite suffocante varicelleuse. thèse Paris mai 1897. (Voir *Journal des praticiens*, 17 juin 1897.

(1) *Rauchfuss*. La diphtérie des voies respiratoires supérieures dans ses rapports avec le croup. (*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, 1896, t. V, p. 79).

Digitized by Google

tistique et la négation du croup d'emblée par un certain nombre d'auteurs anciens, sous prétexte d'examen incomplet.

En effet, dans certains cas, il faut examiner la gorge par éclairage oblique pour déceler une plaque blanche logée derrière un pilier du voile du palais. Sans ce mode d'observation on peut ne pas voir la localisation première de la diphtérie et la nier. Des faits de ce genre se rencontrent assez souvent et nous avons souvenir d'un certain nombre. Dans une observation entre autres, il s'agissait d'une petite fille âgée de sept ans et demi. Il y avait chez elle de la dyspnée croissante ; la voix était éteinte. La gorge semblait indemne ; toutefois, par l'examen à l'éclairage oblique, on pouvait apercevoir une petite plaque blanche appliquée tout en arrière du pilier postérieur gauche du voile du palais. Les accidents laryngés n'étaient donc ici nullement primitifs, mais bien secondaires à la localisation première pharyngienne.

Il y a donc une grande importance a épuiser tous les moyens d'examen direct avant de déclarer un croup d'emblée, puisque s'il est réellement d'emblée, il y a forcément doute et doute insoluble souvent sur sa nature intime.

Cette indécision fréquente du diagnostic ne se répercute heureusement que d'une façon partielle sur le traitement.

Croup membraneux ou croup non membraneux exige même intervention d'urgence ; à même symptôme d'ordre mécanique, même traitement mécanique. La filière laryngée rétrécie doit être élargie.

Pour remplir cette indication, nous possédons plusieurs modes d'intervention pour ainsi dire gradués.

Nous les indiquerons rapidement, leur description a déjà, et à plusieurs reprises, occupé les colonnes de ce journal.

Comme dans le fait du rétrécissement de la glotte, on peut admettre deux facteurs, le spasme et le gonflement de la muqueuse, on comprend que l'on ait pensé d'utiliser des manœuvres qui combattent soit séparément, soit simultanément ces deux causes.

Contre le spasme, M. le Dr Renou (de Saumur) et M. C. Paul ensuite ont pratiqué la *dilatation forcée de la glotte* à l'aide d'une pince dilatatrice, dilatation forcée, mais non brutale.

Dans le même ordre d'idées, M. Variot (1) fait l'*écouvillonnage du larynx*, qui consiste en somme en un tubage, avec cette différence qu'on ne laisse pas le tube à demeure.

Dilatation forcée et écouvillonnage peuvent se répéter à intervalles plus ou moins rapprochés.

Lorsque le spasme se répète coup sur coup, et aussi lorsqu'il n'agit pas ou n'agit pas seul, et que la muqueuse congestionnée et plus ou moins œdémateuse contribue à rétrécir la glotte, l'indication s'impose d'une intervention qui ouvre d'une façon permanente les voies aériennes à l'entrée de l'air.

Nous devons dans ce cas nous adresser soit au *tubage du larynx*, soit à la *trachéotomie*.

Dans les conditions présentes, celles d'un croup d'emblée catarrhal, nous devons autant que possible nous en tenir à l'intubation, puisque nous n'avons pas la crainte de voir le tube obturé par des fausses membranes, car, au moment de notre intervention, notre diagnostic peut le plus souvent ne plus être douteux.

Toutefois, nous ne devons pas oublier qu'il n'est pas prudent de ne pas tenir sous l'œil du médecin le sujet qui vient d'être tubé, comme M. Sevestre y insistait encore récemment dans une communication à la Société de thérapeutique et parue dans ce journal.

Quand le tubage ne pourra s'effectuer dans ces conditions de sécurité, il n'y a d'autre ressource que la *trachéotomie*. L'opération va peut-être bien au delà de ce qui est nécessaire, mais on doit bien s'y résoudre, l'intubation restant en deçà.

Comme adjuvant de l'intervention opératoire, on se trouvera bien d'utiliser les vaporisations. A cet effet on peut disposer près du lit du petit malade un tuyau qui amène directement la vapeur d'eau, disposition excellente comme elle existe dans le service du professeur Ad. Baginsky, à Berlin, au Kaiser und Kaiserin Friedrichkinderkrankenhaus ; autrement on peut imiter la pratique du Dr Variot, à l'hôpital Trousseau, ou celle du Dr E. Murier, d'Angers (1), qui emploient soit un générateur de vapeur disposé en dehors de la chambre du malade ou un pulvérisateur à vapeur.

Mais à côté de la question du traitement opératoire, sur lequel on s'accorde en général, se dresse un autre problème, d'urgence aussi.

Le croup d'emblée non diphtérique singe si bien le croup diphtérique que le diagnostic reste souvent très indécis. Nous savons que le sérum antidiphtérique possède une action d'autant plus efficace qu'on l'emploie de meilleure heure. Dans ces conditions, il y a intérêt à ne pas retarder à faire l'injection au malade, si l'on veut qu'il en recueille tout le bénéfice.

Or, nous ne pouvons guère être renseignés sur la nature exacte de la maladie par l'examen bactériologique qu'au minimum au bout de 18 heures à 24 heures et encore à la ville, à moins qu'un examen extemporané sur lamelle ne nous ait très suffisamment instruits, éventualité bien rare.

Devons-nous attendre ces 18 ou 24 heures et plus, si nous ne sommes pas à la ville, pour faire l'injection de sérum ?

Le plus souvent cette injection a été faite et il faut dire

(1) *G. Variot et R. Bayeux*. L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Duyer modifié. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 16 juillet 1896, et *Société médicale des hôpitaux*, 3 juillet 1896.)

(1) De l'emploi de la vapeur d'eau, comme adjuvant de la sérothérapie dans le traitement du croup (*Gaz. hôp.*, juillet 1895).

Digitized by Google

que le malade n'en a subi aucun désagrément. Mais, si on l'a faite, c'est qu'on pensait peu à la possibilité d'un croup qui ne fut pas membraneux.

Aujourd'hui qu'on est prévenu de l'existence de ce nouveau croup non diphtérique, on incline cependant plutôt que de risquer une perte de temps irréparable, si le croup d'emblée est véritablement diphtérique, à faire, malgré le doute du diagnostic, l'injection de sérum. C'est la pratique conseillée par MM. Descroizilles, Sevestre, Hepp, Aviragnet, Apert, etc.

Il est bien entendu que cette injection qui implique en soi une erreur de diagnostic ne sera plus de mise le jour où nous posséderons un moyen infaillible de reconnaître sûrement et sans retard chaque variété de croup d'emblée l'une de l'autre; mais dans l'état actuel de la question, ce traitement par erreur paraît encore le plus raisonnable. —

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## La digitale dans la pneumonie (1)

Par M. Deguy, *interne des hôpitaux*

L'emploi de la digitale dans la pneumonie a ses partisans et ses détracteurs, et je dois dire que ces derniers sont en majorité. Soit par préjugés, soit par suite de coïncidences fâcheuses, on a accusé la digitale, sinon d'être inutile, mais même d'être dangereuse. C'est dans le but d'essayer de vous convaincre du contraire que j'ai choisi ce sujet, pour en faire l'objet de ma communication d'aujourd'hui.

Tout d'abord, je tiens à remercier la Société médicale de l'Yonne de l'honneur qu'elle m'a fait en voulant bien m'accueillir dans son sein, et je tiens également à remercier notre éminent compatriote et maître M. le Dr Huchard d'avoir mis à ma disposition toutes ses notes sur la question que je dois traiter devant vous. C'est grâce à lui que j'ai pu entreprendre ce petit travail, dont la meilleure partie lui revient, et ce sont ses judicieux conseils qui nous ont permis de le mener à bonne fin.

I

Il n'est pas, croyons-nous, inutile d'entrer un peu dans *l'historique* de la question.

C'est de date relativement récente, que le traitement de la pneumonie par la digitale s'est fait jour, bien que depuis longtemps déjà, elle ait été préconisée dans les affections pulmonaires.

Autrefois, Rasori avait employé la digitale à haute dose, à titre de « médication controstimulante », et, à la fin du siècle dernier, plusieurs médecins anglais (Kinglake, Fowler, Beddoes, Drake) avaient obtenu des améliorations, voire des guérisons (?) de la phtisie par l'emploi de ce médicament. Mac Lean a même écrit ces mots : « La digitale est extrêmement bienfaisante dans les affections asthmatiques, les rhumes de toute espèce, la dyspnée et autres affections chroniques de la poitrine et des poumons. » En France, on n'a qu'à lire les observations de Mouton, de Landau (de Lyon 1810), de Bayle, pour voir qu'ils l'employaient parfois avec certains succès dans les phtisies éréthiques. De plus, chez ces anciens auteurs, on remarque déjà une autre préoccupation, celle d'assurer la diurèse et de répondre à cette indication si bien posée par Baglivi : « *In morbis pectoris, semper ducendum esse ad vias urinæ.* »

Mais, en ce qui concerne la pneumonie, la première observation relative à l'emploi de la digitale dans cette affection est de Cuming (*London med. and physical journal*, 1804), et ce fut pour lui un succès. Cependant, ce traitement est resté longtemps dans l'oubli et il faut attendre jusqu'en 1860 pour le voir ériger en méthode thérapeutique.

On raconte partout que c'est Petrescu, de Bucarest, qui fut le premier à préconiser l'emploi de la digitale dans la pneumonie. Il nous semble utile de faire une rectification à ce sujet; et, sans obéir à un patriotisme étroit, je suis heureux de constater que c'est en France qu'ont paru les premiers travaux sur la question, travaux bien oubliés de nos jours, puisque les ouvrages récents n'en font nulle mention.

C'est d'abord un éminent clinicien, M. le professeur Duclos (de Tours), qui écrivait, en 1856, une remarquable monographie intitulée : « Recherches sur l'action controstimulante de la digitale dans la pneumonie aiguë » et à laquelle nous ferons de nombreux emprunts ; puis c'est Hirtz, de Strasbourg, dans son article « Digitale » du nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, et enfin, Saucerotte (de Lunéville), qui publiait en 1868, dans la *Gazette médicale de Paris*, deux mémoires importants sur la question.

Ces remarquables travaux ne doivent pas être laissés dans l'ombre, et j'ai cru utile de les signaler à toute votre attention. Les travaux de Traube, en Allemagne sont postérieurs à ceux de Duclos. Parmi les autres mémoires qu'il faut citer, mentionnons une communication de Franc (de Sarlat) à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (6 mai 92), une clinique de M. Barth (*Sem. méd.*, 96), la thèse de Monjoin (1896) et enfin, les cliniques de M. Huchard publiées dans le *Journal des Praticiens* en 1892 et 1893 (1).

(1) Communication à la Société médicale de l'Yonne, 5 août 1897).

(1) *A consulter également* : Coblentz (*Th. Strasbourg*, 1862); Croquegnot (*Th Strasbourg*, 44); Legros (*Th.*, 65); Paulier (*Th.* 1880); Gallard (*Bull. Thér.*, 1866); Petrescu (*Acad. méd.*, 1888); Fikl (*Wiener Med. Wochenschrift*, 1891); Killy (*Thér. Gazette*, 1892); Lœwenthal (*Centralblatt für gesammte Therapie*, 1891); Hœpfel (*Sem. méd.*, 1892). — Barth (*Thérapeutique des maladies respiratoires*); Talamon (*Traité de thérapeutique appliquée*); Lyon (*Gazette des Hôpitaux*, 1893); Corin (Traitement de la pneumonie par la digitoxine, *Acad. Belgique*, 1895 et 1896); Crocq (Action thérapeutique de la digitale, *Acad. Belgique*, 1893); Gingbot et Deguy (*Revue de médecine*, 1897).

Digitized by Google

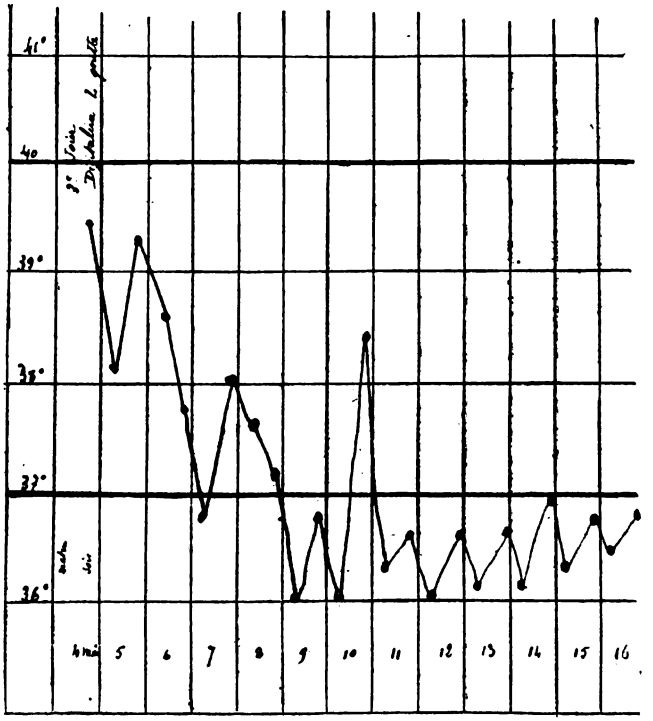
II

Mais, avant de parler de l'utilité de la digitale dans la pneumonie, je vois beaucoup de sceptiques de notre art sourire, et faire sonner très haut cet argument aussi vieux qu'est vieille la pneumonie : « Comment voulez-vous parler du traitement de la pneumonie ! de cette affection cyclique qui guérit malgré le médecin et cela de trois à huit jours ! ». Un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Le Beuf (de Bayonne) a même soutenu en 1869 sa thèse inaugurale pour démontrer les bienfaits de la pure expectation dans le traitement de la pneumonie. A de tels arguments, je ne répondrai que par ces quelques mots de M. Barth :

« Je ne puis que protester avec énergie, dit-il, contre les théoriciens qui, sous le prétexte que la pneumonie est une maladie cyclique, voudraient remettre en honneur le système de l'expectation. Sans doute, les pneumonies simples, celles des enfants, des jeunes gens vigoureux, peuvent, dans la majorité des cas, se passer du traitement actif; sans doute aussi, tous les traitements du monde n'empêcheront pas l'issue fatale dans les pneumonies infectantes d'emblée, dans celles des diabétiques, des urémiques, des cachectisés et de tous ceux pour qui la pneumonie n'est, en somme, qu'une manière de mourir ; mais, entre ces deux extrêmes, nombreux sont les cas où le pronostic reste incertain, où la lutte se poursuit longtemps indécise ; et où un secours opportun peut décider l'issue favorable. En pareille occurrence, le médecin n'a pas le droit de s'abstenir, ni d'attendre l'effort de la nature. »

Nous ne saurions mieux faire que de rappeler ces sages paroles, auxquelles cependant nous n'ajouterons qu'un mot. C'est que, selon nous, on a, actuellement, une tendance bien trop grande à admettre que beaucoup de pneumonies font leur défervescence normale du troisième au cinquième jour, et par cela même à nier l'effet de toute thérapeutique. Montre-t-on une courbe thermique de pneumonie traitée par la digitale et où la température est tombée le cinquième jour au soir à 36, on vous dit invariablement : « Mais, c'est la défervescence normale ! » Peut-être, répondrons-nous, lorsqu'il s'agit de pneumonies « abortives » qui ne sont autre chose, le plus souvent, que des congestions pulmonaires telles qu'elles ont été décrites autrefois par Voillez, mais, dans des cas très rares et qui sont loin d'être la règle; car, d'après nos observations personnelles (cela tient peut-être au milieu hospilier où nous avons observé), nous avons toujours vu les pneumonies non traitées ou traitées par le sérum antipneumonique ou par les bains froids, mettre de sept à neuf jours pour faire leur défervescence, et nous croyons que ce laps de temps est le chiffre qu'il faut admettre dans la majorité des cas de *pneumonie franche aiguë*.

Un autre argument pour réfuter l'opinion que toute thérapeutique est inutile ou nuisible, c'est que, si nous considérons les courbes de pneumonies traitées par la ligitale, et ce fait est très net sur le tracé que je vous montre, nous verrons que, après la chute en lysis avec même hypothermie, vers le huitième ou neuvième jour, si le malade n'est plus sous l'action de la médication, la température remonte pour redescendre définitivement




au moment qui serait celui de la défervescence normale. Or, les reprises fébriles sont un indice que la maladie a été entravée par la médication, mais qu'elle n'était pas éteinte, qu'elle n'attendait que le moment favorable pour reprendre l'offensive. Et, de fait, c'est presque toujours à ce moment que les râles crépitants de retour annoncent la désagrégation du bloc pneumonique et la fin de la pneumonie.

Pour clore cette discussion, disons que le scepticisme thérapeutique n'est pas de mise devant une pneumonie, car la plus bénigne en apparence, la plus franche à son début peut facilement prendre une allure maligne. Nous avons cru remarquer après beaucoup d'autres, que le traitement digitalique donnait la plupart du temps d'excellents résultats et c'est celui que nous conseillons, car il est le moins dispendieux et le moins difficile à appliquer.

III

Quelle préparation de digitale employer ?

Ici, plusieurs façons d'agir ont été préconisées. Les uns, avec Duclos, emploient de faibles doses de digitale quotidiennement répétées ; les autres, avec Pétrescu, de fortes doses (10 gr.) soit répétées, soit une seule fois. Les préparations employées sont également variables, Duclos donne de l'extrait de digitale (0.20 gr. à doses progressives et quotidiennes jusqu'à 0.60 gr.); Hirtz, Saucerotte préconisent

Digitized by Google

l'infusion (1 gr. à 1 gr. 50 dans 100 gr. d'eau) employée également par Barth, mais à dose plus forte (2 gr.). Corin vante les bons effets de la digitoxine allemande. Enfin, M. Huchard donne la préférence à la digitaline cristallisée de Nativelle. C'est également cette dernière préparation dont nous nous servons et dont nous avons relaté les bons effets dans un travail fait en collaboration avec notre maître M. Gingeot.

La digitaline présente des avantages considérables sur lesquels nous ne reviendrons pas, tant ils ressortent clairement d'une clinique de M. Huchard (*Journal des Praticiens*, 20 mai 1897). Quant à la digitoxine, dont nous ignorons la composition, et qui n'est probablement que de la digitaline cristallisée, additionnée d'une substance encore indéterminée, nous ne la recommandons pas, puisque nous avons mieux et surtout un corps mieux connu dans la digitaline cristallisée.

La digitoxine, il est vrai, a été tout récemment vantée en Belgique, par Van Aubel, par S. Cot, par Masius qui donne 1 milligr. 1/2, par J. Corin, qui va jusqu'à 3 et même 4 milligr., par Henrijean. Corin, dans une communication à la *Société médico-chirurgicale de Liège* (1895), explique l'action abortive de la digitoxine sur la pneumonie de la façon suivante : en maintenant l'énergie contractile du cœur, dit-il, elle prévient la congestion pulmonaire qui favorise le développement des pneumocoques, et par là-même elle s'oppose à leur multiplication et à la production des toxines. Toutefois, dit-il, quand le myocarde est dégénéré, la digitoxine n'agit pas. J. Corin n'obtiendrait ainsi, par son traitement, que deux décès seulement sur 70 malades, et dans beaucoup de cas, d'après lui, la digitoxine aurait une action abortive. Collard, sur quatre observations aurait également observé, dans trois cas, cette action abortive.

Nous n'aurions garde de nous prononcer sur la valeur de ce médicament, qui, je le répète, n'est pas un produit nettement défini, et dont le mode d'administration paraît assez délicat, tant au point de vue de sa solubilité que de l'intolérance stomacale qu'elle produit, faits qui se déduisent nettement de la lecture du mémoire de J. Corin.

C'est donc à la *digitaline cristallisée* que nous conseillons d'avoir recours et de la préférer à toutes les autres préparations ; car, avec elle, au cours des pneumonies, *jamais* nous n'avons observé d'intolérance gastrique, de nausées, de vomissements. Le dosage en est facile et l'administration simple.

A quel moment de la pneumonie et à quelle dose doit-on l'administrer ? Franc disait : « Les résultats du traitement par la digitaline seront d'autant plus brillants qu'on en fera l'application le plus près possible du début de la maladie. Corin prétend qu'on peut juguler la pneumonie en administrant la digitoxine à haute dose (4 milligr.) tout à fait au début. Van Lair, au contraire, n'administre le digitale qu'à une période avancée de la maladie, au moment où l'hépatisation s'est définitivement emparée de tout le domaine hyperémié des poumons.

De même que M. Huchard l'avait déjà recommandé avant ces divers auteurs, dès 1892, nous pensons également que l'on doit administrer de bonne heure la digitale, le deuxième ou le troisième jour d'une pneumonie franche ou d'une pneumonie grippale. Après s'être préalablement assuré du bon fonctionnement des voies digestives, et après avoir administré un purgatif, si c'est nécessaire, nous donnons cinquante gouttes de digitaline cristallisée à prendre en deux fois dans la journée.

Cette dose est souvent suffisante ; mais parfois, on peut, si le malade est robuste et si l'indication s'en représente, redonner le lendemain xx à xxx gouttes de la même solution titrée au millième.

Puis, lors de la chute de la température, si de nouvelles ascensions thermiques apparaissent, nous donnons xx à xxx gouttes. En règle générale, nous essayons de ne pas dépasser les doses maxima de lxxx gouttes en huit jours. Nous associons à ce traitement des soins hygiéniques et des lotions vinaigrées tièdes.

C'est à la digitaline cristallisée administrée de cette manière qu'il faut donner la préférence, et les doses indiquées produisent d'excellents résultats, sans qu'il soit nécessaire d'employer les doses colossales (10 gr.) conseillées par Petrescu et par d'autres médecins qui l'ont suivi dans cette pratique dangereuse que Talamon appelle une pratique par intoxication où « on impose à l'organisme la double tâche de résister à la maladie et à la médication ».

Je ne puis, nous disait un jour M. Huchard, expliquer l'innocuité d'une pareille méthode thérapeutique que de deux manières : ou la digitale qu'emploie le médecin roumain est inactive et renferme très peu de principes actifs, ce dont il faut féliciter les malades, ou ceux-ci sont d'un tempérament bien extraordinaire comme certaines espèces animales, les escargots, que n'impressionne pas volontiers le poison digitalique. On aura beau dire, ce qui est vrai en partie, que les pneumoniques supportent admirablement la digitale, mais il n'en est pas moins vrai que jamais en France, du moins, on n'a dépassé la dose de 2 à 3 gr. sans produire d'accidents. »

Et, de fait, sur la foi de l'enthousiasme de Petrescu et de Fikl, le Dr Franc, après quelques essais encourageants à la dose de 1 à 3 gr. d'infusion, a observé un cas de mort par syncope, et il ajoute sagement qu'il a employé ensuite cette médication avec la plus extrême réserve, se contentant d'une dose de 1 à 3 milligrammes de digitaline cristallisée (cette dernière était déjà excessive). De son côté, Lecorché raconte qu'après une dose de 3 grammes survinrent des accidents toxiques très graves (vomissements, collapsus cardiaque) qui faillirent emporter le malade.

En résumé, et ce qui découle de ces faits, c'est que nous sommes ici en France, non en Roumanie, ni en Belgique, ni en Allemagne, où la digitale employée renferme beaucoup moins de principes actifs que chez nous, et on ne

Digitized by Google

pourra juger et discuter sérieusement de la valeur thérapeutique de la digitale dans la pneumonie que quand on fera usage d'un produit univoque et bien défini : la digitaline cristallisée. Nos observations affirment sa valeur thérapeutique ; avec elle, nous guérissons nos malades et ne les empoisonnons pas.

IV

Envisageons maintenant quels sont les résultats que donne la digitale dans la pneumonie.

D'abord, son action est manifeste sur le pouls qu'elle ralentit (40 pulsations dans un cas de Niemeyer, 29 dans un cas de Hirtz). Ce ralentissement, d'après Saucerotte, est progressif et se produit d'autant plus vite que la dose ingérée est donnée dans un plus court espace de temps; il persiste assez longtemps, et les stimulants (vin, café, éther) ne rendent pas au pouls sa vitesse. Parfois, on a noté de l'irrégularité des pulsations. En général, comme l'avait déjà fort bien remarqué Duclos, l'action de la digitale sur le pouls précède très peu son action résolutive sur la phlegmasie pulmonaire, et j'ajouterai qu'elle précède également la chute de la température. de telle sorte que, si l'action sur le pouls est manifeste, vingt-quatre heures après l'administration de la digitale, on peut, jusqu'à un certain point, prédire la défervescence prochaine de la fièvre. Il n'est pas cependant nécessaire, nous croyons même qu'il serait dangereux de rechercher à faire tomber le pouls à même 36 ou 30 par minute; la rareté du pouls dans la pneumonie ne doit pas être l'objectif qu'on se propose; mais, quand il descend de 120 à 90, ou 80, on doit se déclarer satisfait, et on doit considérer ce phénomène comme d'un bon pronostic.

L'action sur la température n'est pas moins remarquable que l'action sur le pouls, la chute se fait en lysis, et cela malgré la persistance de l'hépatisation. Comme le dit Saucerotte, la digitale disjoint les éléments morbides, enraye la fièvre et laisse la lésion locale sans retentissement sur l'économie. La fièvre tombe donc avant la guérison de la maladie, et cela est un indice de bonne issue de cette dernière.

La respiration garde son type normal, la digitale n'a pas d'action ni sur les bronches ni sur les secrétions, elle facilite seulement la désagrégation du bloc pneumonique et sa résolution.

Un phénomène remarquable consécutif à l'administration de la digitale, ce sont les sueurs, fait qui n'avait pas échappé à Duclos.

L'action sur les urines est très discutée. Tandis que Duclos écrit : « J'ai besoin de redire combien l'effet diurétique de la digitale à haute dose a été nulle. Je ne crois pas l'avoir observé une seule fois, et je le répète, désireux de chercher le mode d'action du médicament, mon attention était singulièrement fixée sur ce point, » nous voyons au contraire M. Huchard qui affirme avoir observé parfois une diurèse abondante. Ces deux opinions ont du vrai, il y a des cas où la digitaline augmente la diurèse au cours de la pneumonie, il en est d'autres où elle n'apparaît qu'au 8e ou 9e jour, n'étant ainsi qu'une exagération de la polyurie critique.

L'action sur le tube digestif est nulle avec la digitaline qui est très bien supportée, tandis que la macération et l'infusion produisent des nausées, voire des vomissements.

La digitale agit-elle sur le poumon ? Nous ne le pensons pas, malgré l'affirmation de certains auteurs ; mais néanmoins nous pouvons dire qu'elle hâte et facilite la résolution du bloc pneumonique. Toutefois, il faut bien avouer que dans la plupart des cas, alors même que la température est tombée, que la dyspnée est nulle, que le pouls est ralenti, que l'état général est bon, les signes physiques du poumon persistent, la lésion suit son cours et ne regresse que vers le 8e ou le 9e jour, presque à l'insu du malade mais non à l'insu du médecin qui constate à ce moment les râles crépitants de retour. (*A suivre.*)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**L'hémoglobinurie quinique des paludéens.** — M. Grocco (de Florence) rapporte le cas d'un paludique atteint de fièvre, à type quarte; ce malade prenait la quinine le jour de l'accès et dans les jours intercalaires aux accès, il présentait des paroxysmes graves d'hémoglobinurie. Le premier accès fut provoqué par 40 centigrammes de quinine et fut assez grave pour faire craindre une issue funeste. Depuis, le paludisme s'améliorant, on avait des effets minimes avec de fortes doses de quinine. (*Settimana medica*, 1897). — Après avoir mis en évidence que ces fièvres ictéro-hématuriques par quinine s'observent chez des malariques et seulement chez des malariques, Grocco propose une explication du mécanisme de cette hémoglobinurie : il dit qu'il n'est pas irrationnel d'attribuer une grande part de sa production à l'hématozoaire du paludisme et à ses toxines; de sorte que l'accès d'hémoglobinurie ne proviendrait pas de la quinine, mais de la réaction spéciale du micro-organisme, réaction qui se produit en présence de son spécifique. — Donetti.

**L'artériosclérose des capillaires du cerveau.** — L'athérome des troncs artériels du cerveau est fréquent et bien connu; les lésions des capillaires le sont moins, et, seul, Lowenfeld a fait des recherches à ce sujet en 1885. M. Lapinsky, de Kiew, a repris cette étude (*Neurol. Centralbl.*) et a examiné les capillaires de l'écorce grise sur vingt-huit encéphales, dont quinze présentaient de l'athérome des vaisseaux de la base. Il constata les lésions suivantes : gonflement des cellules endothéliales avec gigantisme de leurs noyaux, qui faisaient saillie à l'intérieur; le calibre était ainsi diminué ou même complètement oblitéré. A d'autres endroits, les cellules et les noyaux étaient atrophiés, ou bien ils étaient atteints de dégénérescence hyaline ou granuleuse. Un fait à retenir est le suivant : Dans un cas, les capillaires étaient absolument indemnes, malgré l'athérome très accusé des artères de gros calibre. L'auteur conclut que les symptômes de miopragie cérébrale sont sous la dépendance des lésions des capillaires et non pas de celle des gros troncs artériels. — Bd.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## PATHOGÉNIE

**Sur les toxines en dermatologie.** — L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes pathologiques doit être considérée comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celles des microbes. Elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides. Ce travail a pour objet de résumer les acquisitions nouvelles qui en ont résulté pour la dermatologie.

Nous entendons par « toxines » *toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants.* La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire ; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement avec les produits de sécrétion : d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants auxquels est transmis le produit nocif.

Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend, non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient ; bien plus les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces.

M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes : les *leucomaines*, les *ptomaines* et les *toxines proprement dites.*

Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénétique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

*a) Toxines exogènes.* — Ce sont les venins, les poisons, les liquides et les tissus d'autres espèces animales.

Leur action s'exerce soit au niveau de la porte d'entrée, sous la forme d'érythèmes, de vésications, de suppurations, d'urticaires, de purpuras, plus rarement de gangrènes, parfois de dyschromies telles que celles qui caractérisent l'action des Pediculi pubis et de sensations anormales, le plus souvent prurigineuses ou cuisantes. Elle peut se traduire à distance ou se généraliser à toute la surface cutanée.

Certaines de ces toxines, par exemple celles qu'engendrent certaines mollusques, n'agissent qu'après avoir été introduites dans les voies digestives ; les champignons des teignes agissent par l'intermédiaire de toxines.

*b) Toxines endogènes.* — Elles peuvent provenir de troubles dans le fonctionnement cellulaire ou de la résorption de produits de sécrétion normaux ou altérés.

Les produits de fonctionnement cellulaire peuvent devenir nocifs, soit par leur quantité exagérée, soit par leur altération, sous l'influence tantôt d'une prédisposition héréditaire ou acquise, tantôt d'une altération passagère ou durable du milieu interne que constituent les humeurs : cette altération peut être elle-même d'origine extérieure, accidentelle ou provoquée par un trouble dans telle ou telle autre fonction de l'organisme.

Parmi ces produits d'origine viscérale, qui peuvent donner lieu à des altérations cutanées, on doit mentionner la thyroïdine et les substances qui s'accumulent lorsque le corps thyroïde est détruit, les sécrétions des capsules surrénales (mélanodermie), les substances anormales qu'engendre la ponte menstruelle, etc.

Parmi les produits de sécrétion dont la surabondance, l'altération ou l'élimination insuffisante sont causes d'intoxications, il faut citer surtout la bile, le glucose et les matériaux des sécrétions urinaire et sudorale. Tomasoli a mis en relief l'influence des auto-toxines sur la genèse des hyperkératoses.

*c) Toxines d'origine mixte.* — Celles qu'engendrent les microbes introduits dans l'organisme doivent être considérées comme telles, car, si l'agent qui les produit vient directement ou indirectement du dehors, il les engendre à l'aide des éléments qu'il trouve dans les cellules ou les liquides de l'organisme. Le fait est de toute évidence pour les fermentations des voies digestives, envahies incessamment par de nombreuses colonies microbiennes qui y sécrètent des toxines aux dépens, soit des aliments, soit des produits de sécrétion. L'organisme est protégé contre elles, surtout par l'épithélium et par le foie (Roger). La bouche est le siège fréquent de résorptions infectieuses ; c'est là une cause d'altérations cutanées dans les pyrexies. La résorption des produits toxiques élaborés dans l'estomac dilaté est cause d'acné, d'eczéma et d'urticaire ; les taches rosées typhiques sont dues à l'action de toxines développées dans l'intestin.

Bouchard et Charrin et montré que les toxines engendrées par les microbes ont la même action pathogénétique que ces microbes eux-mêmes. L'action des toxines microbiennes peut rester limitée au voisinage immédiat de leur foyer générateur ; il en est ainsi dans les tuberculoses

Digitized by Google

localisées, le chancre simple, les condylomes, le molluscum contagiosum, les acnés, les folliculites pustuleuses et le furoncle ; d'autres peuvent se répandre excentriquement. Il en est ainsi de la tuberculine, quand elle donne lieu à la production de lichen scrofulosorum autour de foyers lupiques ; certains microbes, après s'être primitivement localisés, produisent secondairement des phénomènes d'infection qui peuvent eux-mêmes rester localisés ou se généraliser ; si l'on ne retrouve pas dans ces manifestations secondaires le microbe pathogène, c'est qu'elles sont dues à la résorption de toxines. Il en est ainsi dans la diphtérie où l'on voit apparaître secondairement des éruptions semblables à celles que produisent les injections de sérum : dans la blennorrhagie dont les toxines vont provoquer en même temps que des arthropathies, soit des éruptions pseudo-exanthématiques, soit des élevures cornées, dans la coli-bacillose, dans le choléra, dans la tuberculose et la farcinose.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : C'est ainsi que celles de la tuberculose peuvent rester localisées autour des foyers microbiens et donner lieu, soit au tubercule anatomique, soit à d'autres néoplasies isolées et circonscrites, qu'elles peuvent se propager de poche en poche, comme dans le lichen scrofulosorum et, enfin, qu'elles peuvent aller provoquer à distance diverses autres manifestations de la tuberculose, telles que les folliclis de Barthélemy, les acnés dites des cachectiques et des scrofuleux, diverses folliculites isolées ou agminées, compliquées ou non d'éruptions pemphigoïdes, et des éruptions papulo-érythémateuses persistantes ; les manifestations pseudo-exanthématiques du lupus érythémateux doivent être interprétées dans le même sens ; il en est vraisemblablement de même des éruptions érythémateuses aiguës, que l'on observe dans le farcin, la lèpre et les mycosis, les toxines interviennent, selon toute vraisemblance, dans la genèse des eczémas, des psoriasis, des purpuras, des éruptions pemphigoïdes non tropho-névrotiques.

Les toxines jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses ; il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles. — Hallopeau, *médecin de l'hôpital Saint-Louis* (1).

## MÉDECINE

**Des cirrhoses du foie.** — « En matière de cirrhose, « dit Hanot, le diagnostic se tire de l'état du tissu con- « jonctif et le pronostic de l'état des cellules hépati- « ques. » Comme le fait remarquer justement M. Chauffard (Congrès de Moscou 1897), cette notion capitale est indispensable pour l'intelligence, l'étude et la classification rationnelle des cirrhoses. Toute classification basée exclusivement sur la notion anatomique ou même sur la notion étiologique sera nécessairement imparfaite et répondra mal aux nombreuses modalités de la clinique. Pourquoi, en effet, les cirrhoses veineuses, biliaires, capsulaires, qu'elles soient d'origine infectieuse ou toxique, évoluent-elles tantôt sous le mode aigu, tantôt sous le mode subaigu ou chronique ? Pourquoi sont-elles, ici, fatalement progressives, là, au contraire, curables, ou comme arrêtées dans leur évolution ?

Il est donc de toute nécessité d'appuyer la classification des cirrhoses hépatiques sur une donnée nouvelle. Or, à côté de la caractéristique anatomique de la cirrhose, généralisation du tissu scléreux à toute la glande et altérations connexes du parenchyme ; à côté des conditions étiologiques variées, il faut placer le *mode évolutif* des différentes espèces de cirrhoses, variable avec le pouvoir cirrhogène des agents irritants, avec la vulnérabilité de la cellule hépatique. Tel agent cirrhogène exercera son action irritante sur le tissu conjonctif, tel autre sur l'élément parenchymateux. Doses de l'agent cirrhogène, persistance de l'intoxication ou de l'infection, action brusque et massive, nocivité intense, état plus ou moins vulnérable des cellules, etc., telles seront les causes des nombreuses modalités évolutives du processus. « C'est ainsi que pour des « raisons inverses, le plomb et le phosphore semblent de « mauvais agents cirrhogènes, l'un par insuffisance, l'autre « par excès de la nocivité hépatique. » Le poison syphilitique, très irritant pour le foie à la période secondaire (ictère syphilitique, ictère grave), respecte davantage la cellule hépatique à une période plus avancée et à un autre degré de sa virulence. Il devient alors essentiellement cirrhogène ; et, si le foie de l'hérédo syphilis diffère tant du foie ficelé tertiaire de l'adulte, il faut en chercher l'explication dans l'apport massif des germes par la veine ombilicale chez l'un, dans leur dissémination irrégulière, « probablement par les rameaux artériels » chez l'autre. Les lésions expérimentales obtenues avec le bacille tuberculeux, le bacille aviaire, les toxines diphtérique, pyocyanique, colibacillaire, streptococcique, staphylococcique, permettent de comprendre la pathogénie des cirrhoses consécutives aux maladies infectieuses (fièvre typhoïde, choléra, etc.), si fréquentes chez l'enfant (Palmer Howard). Quant à l'alcoolisme, la cause par excellence des cirrhoses veineuses, son rôle cirrhogène admis par les cliniciens est discuté par les expérimentateurs. La majorité d'entre eux, il est vrai, considère l'alcool comme un agent stéatogène (von Kahlden, Lancereaux, Laffitte, etc.). Mais, il est très vraisemblable que la nature de l'alcool, la dose quotidienne ingérée, son influence sur le pouvoir d'arrêt des cellules hépatiques vis-à-vis des toxines intestinales, sont des facteurs dont il faut tenir compte pour interpréter l'action tantôt steatogène, tantôt cirrhogène de ce poison.

En résumé, les cirrhoses veineuses relèvent toutes d'une intoxication (poisons exogènes ou endogènes, toxi-infections). Agissant à petites doses, longtemps répétées, elle

(1) Congrès de Moscou.

Digitized by Google

sera sclérogène ; à doses élevées, massives et très toxiques, la réaction de défense du foie fera défaut, la stéatose et les dégénérescences nécrobiotiques seront prédominantes.

Ce que nous venons de dire des cirrhoses veineuses s'applique également aux cirrhoses biliaires, et l'on trouverait aisément des exemples analogues choisis au milieu des nombreuses formes cliniques qui sépare la cirrhose de Hanot de l'ictère grave. Là encore, le mode évolutif de l'agent cirrhogène domine les notions anatomiques et étiologiques.

La cirrhose hépatique, en tant que maladie autonome, avec ses symptômes, ses complications, son évolution, ses transmissions, n'est donc en réalité que la résultante d'action du processus scléreux. de la nature de l'agent cirrhogène, de sa voie de pénétration et de son mode évolutif.

Un certain nombre des symptômes observés sont sous la dépendance directe du processus scléreux ; d'autres sont d'une pathogénie plus complexe et se rattachent aux troubles fonctionnels des autres organes, de sorte que le syndrome hépatique du début devient peu à peu de plus en plus complexe et aboutit à une maladie *totius substantiæ*.

C'est ici qu'il faut placer un élément de la plus haute importance. Si l'on veut avoir une idée juste et complète des différentes formes cliniques des cirrhoses, il faut absolument tenir compte de l'*état anatomique et fonctionnel des cellules hépatiques* : le pronostic en dépend, et avec lui, la forme clinique et évolutive de chaque espèce de cirrhose.

Ce rôle de la cellule a été particulièrement étudié par Hanot, à propos d'un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. Depuis, il a été étendu à toute la pathologie hépatique. Quelles que soient les lésions aigues ou chroniques, pour peu que la destruction du parenchyme soit lente ou incomplète, on voit apparaître des foyers hyperplasiques cellulaires, partout où l'apport nutritif persiste dans toute son activité, c'est-à-dire au niveau des espaces porto-biliaires (hépatites nodulaires de Sabourin, nodules adénomateux). Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un processus surajouté, général, puisqu'il a été constaté également dans le cancer du foie. C'est une véritable loi de la pathologie hépatique ; processus de réaction et de défense des tissus ayant de grandes analogies avec le processus de régénération de Weigert.

Appliqué à l'étude clinique des cirrhoses, et rapproché des données anatomiques, étiologiques et évolutives, le processus permet de classer trois groupes de faits (Chauffard). Dans une première catégorie (cirrhose de Laënnec, cirrhose hypertrophique graisseuse de Hutinel et Sabourin), l'hyperplasie cellulaire compensatrice est insuffisante : les cellules hépatiques sont détruites rapidement, et sans réaction de défense. Dans une seconde série de faits, cette hyperplasie compensatrice est assez complète pour permettre une longue survie, terminée longtemps après par un ictère grave secondaire ou une maladie intercurrente : tel est le cas habituel de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Enfin, le troisième groupe comprendrait les faits de guérison apparente ou d'amélioration prolongée, grâce à une hyperplasie compensatrice très active (cirrhose alcoolique hypertrophique de Hanot et Gilbert) : l'insuffisance hépatique est retardée indéfiniment,

C'est sur l'apparition tardive et incomplète, ou, précoce ou active de cette insuffisance hépatique que repose l'étude analytique des formes cliniques des cirrhoses, faite par M. Gilbert (Congrès de Moscou, 1897). Dans cette remarquable étude, sorte de résumé des plus récentes recherches et de nombreux travaux personnels, M. Gilbert divise les cirrhoses du foie en deux grandes catégories : 1° *cirrhoses simples*, caractérisées par la prédominance du processus scléreux, par des lésions parenchymateuses n'entraînant qu'une insuffisance hépatique relative, par leur marche chronique, avec désordres mécaniques importants ; 2° *cirrhoses compliquées*, se distinguant des premières par des dégénérations étendues et précoces de l'élément parenchymateux, greffées sur la lésion scléreuse, par une insuffisance hépatique parfois si rapide que les désordres circulatoires sanguins et biliaires n'ont pas le temps de se manifester. — Cirrhoses simples et cirrhoses compliquées relèvent d'ailleurs des mêmes conditions étiologiques : « c'est affaire de dose et de terrain ».

Les cirrhoses simples comprennent les cirrhoses toxiques et infectieuses auxquelles il convient d'ajouter la cirrhose d'ordre mécanique liée aux cardiopathies. Parmi les cirrhoses toxiques, les unes sont dues aux auto-intoxications : on les observe dans la dyspepsie (cirrhose dyspeptique de Hanot et Boix), la goutte (Murchison, Rendu) et le diabète (Triboulet); les autres, beaucoup mieux connues, relèvent de l'hétéro-intoxication (moules, plomb, alcool). A vrai dire, la cirrhose alcoolique résume en soi l'étiologie tout entière de ce groupe : elle peut revêtir, en clinique, deux modalités très comparables par leurs lésions scléreuse, systématisée et par leur symptomatologie, mais parfaitement distinctes si l'on tient compte de la résistance du parenchyme, Dans l'une (cirrhose de Laënnec), les cellules s'atrophient progressivement, le foie est menacé d'insuffisance, le pronostic est grave ; dans l'autre (cirrhose hypertrophique alcoolique de Hanot et Gilbert), les cellules résistent, se défendent, s'hypertrophient même, la fonction hépatique est peu ou pas troublée, le pronostic est plutôt favorable, souvent bénin. Enfin, à côté de ces deux grandes formes cliniques de la cirrhose alcoolique, il faut faire une place aux formes frustes (symptômes ébauchés), latentes, anormales (début par l'œdème des membres inférieurs dans un cas de rétrécissement de la veine cave inférieure, Gilbert), et infantiles.

Les cirrhoses infectieuses, comme les cirrhoses toxiques, comprennent deux grandes catégories, suivant que l'agent pathogène est venu du dehors ou bien s'est développé

Digitized by Google

dans l'organisme même : cirrhoses par hétéro-infection ou par auto-infection. A la première catégorie se rattachent les cirrhoses syphilitiques (foie ficelé de la syphilis acquise, foie silex de la syphilis héréditaire) et les cirrhoses tuberculeuses (foie granuleux et foie ficelé tuberculeux de Hanot et Gilbert), sans parler de certaines formes de cirrhose atrophiques et hypertrophiques, consécutives aux fièvres éruptives (rougeole; Laure et Honorat), à la fièvre typhoïde (Bourillon), au choléra (Botkine), au paludisme (Kelsch et Kiener). Avec les cirrhoses par auto-infection, la systématisation du processus scléreux change : ce n'est plus le système vasculaire, mais le système biliaire qui sert de centre de développement, la disposition insulaire a remplacé la disposition annulaire du tissu fibreux, la circulation sanguine n'est pas compromise, l'atrophie du parenchyme est exceptionnelle. Qu'il s'agisse de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, ou de la cirrhose biliaire par obstruction, dans les deux cas, il y a *infection des voies biliaires*.

Quant à la cirrhose cardiaque, type clinique des cirrhoses d'ordre mécanique, observée à la suite des longues asystolies, elle se développe autour des veines centrales des lobules, et forme un groupe à part, favorisé peut-être par une disposition anatomique particulière des veines sus-hépatiques (Hanot).

En regard des cirrhoses simples, atrophiques et hypertrophiques, il faut placer les cirrhoses compliquées dans lesquelles les dégénérescences graisseuse, amyloïde et pigmentaire, la nécrobiose, l'hyperplasie diffuse ou nodulaire, la transformation adéno-épithéliomateuse sont l'indice, soit d'une nocivité plus grande de l'agent pathogène, soit d'une suractivité cellulaire. La nécrobiose et la dégénérescence amyloïde sont en général de peu d'importance dans les cirrhoses, en raison de leur faible extension.

Les cirrhoses, dites graisseuses, n'ont pas en réalité de facteurs étiologiques bien définis : ordinairement l'influence de l'alcool précède et prépare l'action de la tuberculose. Tantôt la stéatose cellulaire et la sclérose marchent de pair, et l'insuffisance hépatique est un peu plus hâtive (subictère, hémorragies) ; tantôt la sclérose est moins avancée, la néoformation conjonctive n'atteint pas l'état adulte, et dans ce cas, l'insuffisance hépatique est très précoce, l'évolution est terminée en peu de mois. Enfin, dans un troisième groupe de cirrhoses graisseuses, la formation scléreuse reste au stade embryonnaire, le foie augmente de volume (cirrhose hypertrophique graisseuse de Hutinel et Sabourin) : c'est une véritable hépatite graisseuse.

Les cirrhoses compliquées comprennent en outre les cirrhoses pigmentaires et celles qui s'accompagnent de formations adéno-épithéliomateuses (Hanot et Gilbert). Les premières sont encore mal connues; elles se rattachent selon toute apparence au paludisme (Kelsch et Kiener), à l'alcoolisme (Letulle, Gilbert et Grenet). L'une d'elle a été plus particulièrement étudiée et observée (type Hanot-Chauffard, du diabète bronzé). Quant aux cirrhoses avec adéno-épithéliome, tantôt la néoplasie cellulaire (adénomes du foie, épithéliome trabéculaire (d'Hanot et Gilbert) ne constitue qu'une trouvaille d'autopsie ; tantôt, son extension illimitée, sa substitution rapide au parenchyme normal donne à la maladie une allure nouvelle qui fait passer au second plan la cirrhose primitive.

Unicité ou multiplicité des agents cirrhogènes, intensité et rapidité d'action, voies d'apport au foie, qualité du terrain sur lequel ils vont exercer leur action, telles sont les données fondamentales qui permettent d'expliquer la topographie des lésions, leur mode évolutif, et les différentes réactions des éléments glandulaires, dans les cirrhoses du foie.

En clinique, l'état anatomique et fonctionnel de la cellule hépatique domine toute la situation et les nombreuses modalités évolutives des cirrhoses sont groupées autour de l'*insuffisance hépatique*, toujours menaçante en raison de l'instabilité des compensations fonctionnelles cellulaires. A tout moment, ce syndrome guette le malade. En cela, le cardiaque, le brightique et le cirrhotique sont égaux devant le danger. — A. Webber.

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement du tabes.** — Le tabes est-il curable? Si la guérison anatomique n'est pas possible, la guérison clinique du moins paraît démontrée bien que dans des cas très rares. Cependant, à côté des guérisons qui restent l'exception, il y a des rémissions assez fréquentes. Pour interpréter anatomiquement ces rémissions, il faut se rappeler soit la phase circulatoire des lésions médullaires, soit la curabilité des névrites qui compliquent souvent le tabes faits sur lesquels certains auteurs, Pierret, Bouchard, se basent pour justifier et diriger leur thérapeutique du tabes. Ces rémissions sont ou spontanées (rare), ou se produisent après les traitements les plus variés. L'abolition des réflexes rotuliens semble être le symptôme le plus rebelle à la rétrocession. Enfin, sans guérir et même sans rétrocéder d'une manière très accentuée, le tabes peut présenter des temps d'arrêt, remarquables par leur durée. En somme, guérison clinique, rémission, temps d'arrêt sont trois incidents possibles dans l'évolution du tabes de telle sorte que, bien qu'aucun espoir de guérison ne luise pour les malades de cette espèce; puisque, cliniquement, il peut y avoir des événements heureux dans l'évolution du tabes, il y a lieu d'étudier le traitement du tabes et de discuter ses ressources.

Ceci dit, dans le traitement du tabes, il y a trois buts thérapeutiques que l'on peut s'efforcer d'atteindre 1° guérir, améliorer ou enrayer l'état anatomique de la

Digitized by Google

moelle ; 2° rétablir les fonctions troublées de la moelle malade ; 3° soulager les symptômes pénibles ou gênants. Les moyens proposés pour remplir ces indications peuvent se diviser en trois groupes : 1° les moyens s'adressant aux éléments étiologiques ; 2° les moyens s'adressant aux éléments anatomiques ; 3° les moyens s'adressant aux éléments symptomatiques.

1° Dans le premier groupe, se place le traitement antisyphilitique, qui, en supprimant une cause (non pas la seule), pourra atténuer certains effets antérieurs de cette cause et prévenir les effets ultérieurs de la même cause. Il pourra donc, dit Grasset, 1° puissamment contribuer à la guérison, dans les cas exceptionnels où cette guérison est possible ; 2° puissamment contribuer à la production des rétrocessions qui, souvent, équivalent à une guérison clinique, et des temps d'arrêt souvent très prolongés ; 3° empêcher de nouvelles manifestations, des actions ultérieures des toxines syphilitiques sur la moelle, sur les vaisseaux, sur les méninges ou même sur le cerveau.

Il est donc indiqué d'instituer le traitement antisyphilitique dans tous les cas de tabes où la syphilis est certaine ou même probable. A ce traitement mixte on peut ajouter la thérapeutique hydrominérale (Balaruc, Brides, Luchon, Aix en Savoie). Si l'iodure n'est absolument pas toléré, on peut donner les sels d'or (chlorure d'or et de sodium 0.005 à 0.01 en solution). Chez les tabétiques arthritiques, il faut donner les alcalins et les iodures à dose faible, les salicylates quand les origines sont rhumatismales, la lithine quand elles sont goutteuses, l'arsenic ou le soufre, si les manifestations sont plutôt herpétiques. On peut, par exemple, combiner un traitement de la manière suivante : les 10 premiers jours de chaque mois, 0.50 cg. d'iodure alcalin, un cachet de 0.50 cg. de salol et 0.50 cg. de bicarbonate de soude à chacun des deux principaux repas. Les 10 jours suivants, 0.50 cgr. de salicylate de lithine à chaque repas dans un verre à Bordeaux d'eau de Vichy ou de Vals. Les dix derniers jours de chaque mois, repos ou 5 gouttes de liqueur de Fowler ou un cachet de 0.50 cgr. de soufre sublimé deux fois par jour aux repas. Instituer aussi une hygiène et un régime spéciaux. Enfin, les eaux minérales sont un puissant adjuvant de la médication anti-arthritique, et les eaux de Lamalou comptent de nombreux succès.

Parmi les moyens thérapeutiques qui s'adressent aux lésions du tabes, il y a les moyens s'adressant à la sclérose, qui se résument dans l'emploi de l'iode et des iodures sous leurs différentes formes. Le nitrate d'argent (en pilules de un centigramme) a été préconisé par Charcot et Vulpian. On peut donner directement du chlorure d'argent en associant dans la même pilule 0,01 centig. de nitrate d'argent et 0,04 de chlorure de sodium.

Charcot employait volontiers l'ergot de seigle à la dose de 0,25 centig. matin et soir. Grasset considère ce médicament comme n'étant pas sans inconvénients possibles, il peut produire des gangrènes ; l'élément indicateur de cet agent réside surtout dans la fluxion médullaire.

Comme autres moyens thérapeutiques, il faut citer aussi la révulsion locale ; des pointes de feu le long de la colonne vertébrale ou le long des membres inférieurs (Brown-Séquard), des ventouses scarifiées (Berbez), une alternative de caléfaction et de refroidissement brusque aux membres inférieurs (Hœnelin). L'électrothérapie n'est pas un agent univoque et doit être variée dans ses modes d'emploi. L'élongation des nerfs préconisée par Langenbuch n'est pas exempte de danger, est tout au moins inutile et ne doit être réservée que pour les cas exceptionnels où les douleurs très vives et très localisées auraient une origine nettement périphérique.

L'élongation de la moelle, pratiquée d'après de nombreux procédés, concourt au même but que la suspension vantée d'abord par Motschutkowsky.

D'après Grasset, la suspension, quand elle agit, agit par excitation sur les tubes nerveux lésés ou inhibés. Ce n'est donc pas un traitement des périodes aigues du tabes. De là, résulte son efficacité dans les périodes de début et dans les poussées subaigues ultérieures, ses succès au contraire, dans les périodes vraiment chroniques et torpides. La suspension ne s'adresserait donc pas tant à la lésion se faisant, au processus actif et actuel qu'à la sclérose réalisée, au reliquat des poussées antérieures, à l'infirmité ou à la cicatrice plutôt qu'à la maladie. De là résulte que la suspension a, dans la thérapeutique du tabes, une place à part, une indication spéciale, bien séparée des médicaments étiologiques, des résolutifs et des révulsifs. La suspension combat des lésions antérieures s'efforce de réveiller les fibres troublées dans leur fonctionnement, et elle doit être continuée patiemment pendant un temps extrêmement long, c'est le traitement chronique des phases chroniques du tabes. Les contre-indications de la suspension dériveront surtout des symptômes d'acuité ou de subacuité actuelle de la maladie, des troubles cardiovasculaires et des symptômes congestifs bulbaires ou cérébraux. Les signes d'intolérance seront l'aggravation sérieuse ou persistante des symptômes antérieurs, l'apparition de troubles vasculaires périphériques, bulbaires ou cérébraux, une marche plus aiguë des accidents médullaires.

Les injections de substance nerveuse paraissent n'avoir aucune action.

Les moyens thérapeutiques qui s'adressent aux symptômes du tabes peuvent se grouper sous les cinq chefs suivants : 1° douleurs fulgurantes et crises viscéralgiques ; 2° amyosthénie et asthénie ; 3° ataxie ; 4° symptômes névrotiques ; 5° autres symptômes.

Contre les douleurs fulgurantes et les crises viscéralgiques, on emploiera l'opium sous toutes ses formes ; l'antipyrine en cachets de 0,50 centig. associés avec parties égales de bicarbonate de soude. G. Ballet donne 3 ou 4 des cachets suivants :

Digitized by Google

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 0.10 centig. par cachet |
| Phénacétine..... | |
| Acétanilide..... | |

Ostankow a préconisé contre les crises gastriques l'oxalate de cérium à la dose de 0,10 centig., 3 à 4 fois par jour. On peut également employer la cocaïne, l'eau chloroformée ou le mélange suivant ;

| | |
|---|---|
| Chloroforme..... | àà |
| Teinture d'iode..... | |

3 à 4 gouttes (2 à 3 fois par jour).

Huchard et Bovet varient le traitement des crises gastriques des tabétiques suivant leur chimisme stomacal.

On a encore employé une série d'autres calmants : l'aconitine cristallisée (1/4 à 1/2 millig.) ; l'hyoscyamine (1/2 millig.) ; le bromure de strontium (2 gr.) ; l'extrait gras de cannabis (0,04 à 0,06 centig.) ; le chlorhydrate de cocaïne (0,01 à 0,05 *pro die*) ; l'éther, le salicylate de soude ou de lithine, l'essence de térébenthine (Van Lair), le chloralose, le sulfonal, la quinine, la salipyrine, le bromidia.

Enfin, tous les moyens externes, tous les révulsifs sont applicables contre l'amyosthénie et l'asthénie ; on a successivement vanté la médication séquardienne et la transfusion nerveuse de C. Paul qui doivent être remplacées par d'autres toniques et stimulants, les injections de glycérine, les sérums artificiels, les phosphates. G. Ballet injecte le sérum suivant :

| | |
|---|---|
| Phosphate de soude..... | 3 gr. |
| Sulfate de soude..... | 2 |
| Chlorure de sodium..... | 1 |
| Acide phénique neigeux..... | 0 gr. 50 |
| Eau..... | 100 |

M. Robin injecte une solution aqueuse de glycérophosphate de soude et, en même temps, il donne à l'intérieur 2 cuillerées à soupe de :

| | |
|---|---|
| Glycérophosphate de chaux... | 3 gr. |
| — soude... | àà 1 |
| — potasse.. | |
| — magnésie | |
| — fer..... | |
| Teinture de noix vomique.... | àà 0 gr. 50 |
| Maltine..... | |
| Pepsine..... | 3 |
| Extrait de Kola..... | 3 |
| Sirop de cerises..... | 200 gr. |

On peut également donner par jour 2 des cachets suivants :

| | |
|---|---|
| Magnésium métallique..... | 0.10 centig. |
| Magnésie calcinée..... | 0.10 — |
| Fluorure de calcium..... | 0.02 — |

Ou bien donner 2 verres à liqueur par jour, aux repas, de :

| | |
|---|---|
| Extrait de quinquina..... | 6 gr. |
| Glycérine neutre..... | 50 gr. |
| Arseniate de soude..... | 0 gr. 10 centig. |
| Sirop d'écorces d'orange amères..... | Q. S. p. 1/2 litre. |

Ou une cuillerée de :

| | |
|---|---|
| Arseniate de soude..... | 0.20 centig. |
| Teinture de Kola..... | àà 1/2 litre. |
| Sirop simple..... | |
| Vanilline..... | 1 gr. |

Les injections de strychnine (Ballet), de caféine (Luys) pourront trouver leur emploi. Il va sans dire que les moyens externes, les eaux minérales ont ici une grande indication. Contre l'ataxie, la thérapeutique se résume en la méthode de Frankel qui recherche la médication de la moelle par le cerveau. Cette médication qui a déjà été exposée dans ce journal (*Journal des Praticiens*, 1896, page 200) ne doit s'appliquer qu'en dehors des poussées aigues et subaigues de la maladie, n'est d'aucune utilité dans le tabes à évolution aigue trop rapide, et contre-indiquée quand il y a des arthropathies, de la fragilité des os, des cardiopathies, de l'obésité, de l'arthritisme, des intoxications. Ce moyen ne peut être employé que quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées.

Sans parler de l'hystérie simulant le tabes, et de l'association hystérotabétique, on peut dire que les phénomènes nervosiques occupent dans la symptomatologie du tabes une place beaucoup plus importante qu'on ne le croit et qu'on ne le dit généralement. Le premier et le principal moyen pour combattre ces symptômes et la suggestion; au même groupe, appartiennent certaines applications électriques, l'hydrothérapie et certaines eaux minérales.

Contre les troubles vésico-rectaux, on utilisera la strychnine (de Cérenville), la belladone (Ballet), l'ergot de seigle (Bidon), de lavements d'eau très chaude.

Les troubles oculaires sont souvent améliorés par la suspension. Galezowski et Despagnet font des injections quotidiennes dans la région dorsale, avec :

| | |
|---|---|
| Cyanure d'or et de potassium.... | 0 gr. 20 centig. |
| Eau bouillie..... | 10 gr. |

Cinq gouttes en augmentant d'une par jour, pour aller à quinze. Rauzier préfère le cyanure d'argent et de platine.

Sur les arthropathies, on mettra de la pommade au dermatol ; quelquefois, les troubles trophiques motiveront des interventions chirurgicales. Contre les troubles circulatoires, employer la belladone.

En somme, le traitement du tabes, « sur lequel, dit Ballet, on pourrait écrire des volumes et qui, à tout prendre tiendrait en une demi-page », est surtout symptomatique, et, en dehors des grandes lignes, c'est au médecin de savoir reconnaître quelles sont les indications thérapeutiques du moment (1). — M. D.

(1) Résumé du rapport de M. Grasset au Congrès de Moscou.

Digitized by Google

## CHIRURGIE

### A propos d'un lymphangiome du canal inguinal accompagné d'une hydrocèle filarienne et de lésions éléphantiasiques du testicule. Considérations sur les orchites spéciales des pays chauds

En 1881, j'ai eu à traiter une hydrocèle chyleuse. Dans le liquide existaient des embryons de la *filaria sanguinis*. C'était la première fois que je rencontrais ce parasite découvert par Demarquay en 1863, dans des conditions identiques.

En 1884, à propos de ce cas, j'ai lu devant la Société de chirurgie un travail sur les accidents causés par la filaire en général, et surtout sur les hydrocèles chyleuses.

En 1887, j'ai attiré l'attention de mes collègues de la Société de chirurgie sur certaines indurations du testicule, ressemblant beaucoup à la syphilis de cet organe, que j'avais observées plusieurs fois sur des habitants de la zone tropicale. Frappé de la coïncidence possible, mais non constante, de ces indurations avec l'éléphantiasis du scrotum, je les ai considérées comme de même nature que ce dernier, et je n'ai pas craint d'intituler mon travail : *De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum*.

En 1890, une castration unilatérale rendue nécessaire par une opération autoplastique, sur un homme atteint d'éléphantiasis du scrotum, m'offrit l'occasion d'étudier les lésions spéciales du testicule et de constater qu'elles étaient bien, comme l'éléphantiasis cutané, d'origine lymphangitique. Le rapprochement que j'avais fait des deux ordres de lésions était donc exact. Le résultat de l'examen histologique du testicule est consigné dans les *Bulletins de l'Académie de médecine* de 1890. Un fait en ressort nettement, c'est que, ainsi qu'il fallait s'y attendre, l'induration fibro-laminaire siège presque exclusivement dans l'épididyme, la tunique vaginale et l'albuginée.

Enfin, cette année (1897), j'ai eu à donner des soins à un jeune homme de vingt-trois ans, né aux Antilles, chez qui existaient en même temps une induration éléphantiasique du testicule, une hydrocèle, une entérocèle inguinale et une tumeur du canal inguinal, empiétant sur les bourses, qui ressemblait beaucoup à une épiplocèle adhérente.

La cure radicale de cette lésion et l'extirpation de cette tumeur furent jugées nécessaires pour diverses raisons. Au cours même de l'opération, il fut reconnu qu'à côté de l'entérocèle se trouvait, non une épiplocèle adhérente, mais un *lymphangiome* et un *varicocèle lymphatique* volumineux.

Quant à l'*hydrocèle*, elle avait été ponctionnée depuis plusieurs jours auparavant. Le liquide, absolument normal d'ailleurs, contenait *un grand nombre de filaires vivantes*.

Le malade éprouvait depuis plusieurs années des accidents particuliers consistant en crises de douleurs, accompagnées de fièvre, de vomissements et de gonflement, ayant leur point de départ dans le testicule droit et remontant vers la fosse iliaque et le flanc jusqu'aux reins. Il avait vu apparaître l'hydrocèle et la tumeur mixte du canal inguinal (hernie et lymphangiome) depuis plusieurs mois. Les crises douloureuses ayant pris, au mois de février de cette année, une intensité extraordinaire, le malade s'est résolu à changer de climat.

La pièce offre un vif intérêt. D'une part, le testicule enlevé présente les mêmes lésions déjà décrites en 1890 à l'Académie de médecine (*lymphangite chronique* de l'épididyme et des enveloppes testiculaires, avec *hyperplasie conjonctive* consécutive) ; d'autre part, elle offre, à l'examen, un *lymphangiome* de grandes dimensions, qui plongeait dans le bassin en même temps qu'il descendait dans le scrotum, et qui était escorté par un énorme *varicocèle lymphatique* sans connexions apparentes avec lui.

La tumeur était constituée par un amas de vaisseaux lymphatiques, la plupart de nouvelle formation, dilatés en vacuoles dont quelques-unes contenaient un liquide louche, un peu lactescent, où il n'a pas été trouvé de filaires.

Les suites de l'intervention furent assez inquiétantes pendant une période de quelques jours. Il fallait inciser une tumeur liquide développée dans la cavité abdominale et d'où il s'échappa du sang pur, liquide et en caillots. A chaque pansement, du sang s'écoulait, sans qu'on pût se rendre compte de son origine. Puis, des vomissements violents se déclarèrent, vomissements bilieux, accompagnés d'ictère et de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, comme s'il s'était agi de coliques hépatiques ; mais, dans ma pensée ces accidents devaient se rapporter à l'existence de grosses varices lymphatiques, et peut-être d'un adénolymphocèle du groupe ganglionnaire préaortique. Actuellement, le malade est guéri.

A propos de ce cas extrêmement intéressant, *où le paludisme n'a joué aucun rôle*, où la filaire a eu certainement un rôle prédominant, sinon exclusif, surgissent quelques considérations sur les accidents propres aux pays chauds qu'un certain nombre d'auteurs, Manson, Lews, Fayrer, Bancroft, Magalhaes, Audain, attribuent sans hésitation à l'influence de ce parasite. On doit mettre en doute l'existence de l'*orchite paludéenne* pour la raison que le paludisme est bien loin d'être toujours démontrable chez les sujets qui en sont atteints et qu'elle apparaît exclusivement dans des régions où la filariose est endémique.

Le seul point douteux est de savoir s'il ne faut pas que le système lymphatique ait été préparé, *par une résidence prolongée dans les pays chauds*, à recevoir l'action de la filaire. En effet, *les individus fraîchement établis dans ces pays chauds sont indemnes d'accidents*. Sauf cette réserve, l'action du parasite est incontestable, quoiqu'on ne puisse pas toujours arriver à en démontrer l'existence par l'examen du sang.

Digitized by Google

On peut donc établir une division des accidents testiculaires en aigus, subaigus et chroniques. Ces derniers peuvent être chroniques d'emblée, sans avoir été précédés de poussées aiguës, et ne sont pas toujours accompagnés d'éléphantiasis scrotal. Ils méritent spécialement la dénomination d'éléphantiasis du testicule.

Le diagnostic avec la syphilis tertiaire est parfois très délicat. Le défaut de tout accident spécifique préalable, l'état stationnaire, l'impuissance du traitement spécifique, sont des motifs de différenciation très importants.

Le changement de climat, le passage dans une zone tempérée ou froide, arrêtent l'évolution des accidents plus ou moins rapidement. Peut-être l'électrolyse les ferait-elle rétrograder, comme lorsqu'on a affaire à un lymphangiome proprement dit (1).

## OBSTÉTRIQUE

**Traitement des tranchées utérines.** — Les tranchées utérines des nouvelles accouchées sont dues la plupart du temps à des causes mécaniques, qui tiennent à une réplétion de la vessie et du rectum, à la présence dans l'utérus d'un débris placentaire, d'un caillot, etc. Quelquefois les causes en sont purement réflexes et résident dans une excitation de l'appareil génital ou mammaire. En raison de cette double étiologie, le docteur Audebert, de Bordeaux, propose (*Gaz. hebd.* 1897, n° 44) le traitement suivant :

1° Vider la vessie (par le cathétérisme, si besoin) et le rectum (par un lavement évacuateur).

| | |
|---|---|
| 2° Laudanum..... | XV gouttes |
| Eau bouillie..... | 40 grammes |

pour un lavement à garder.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Antipyrine..... | 3 grammes |
| Sirop de bromure de potassium . | 30 — |
| Hydrolat de feuilles d'oranger... | 60 — |

à prendre par cuillerées à soupe, une toutes les trois heures.

Ou bien :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de viburnum prunifolium.... | à 15 grammes |
| — d'hydrastis canadensis.... | |

20 gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

5° Pratiquer l'expression utérine dans l'intervalle des coliques.

4° Injections vaginales à 45°.

5° Si ces deux derniers moyens n'amènent pas la déplétion de l'utérus, faire des injections utérines à basse pression et avec prudence, mais en dernier ressort seulement.

(1) Congrès de Moscou, août 1897.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 24 août 1897*

M. Weber rappelle la dernière communication de M. Nocard sur la valeur des injections antitétaniques comme traitement curatif et préventif du tétanos. Le résultat de ces expériences est en désaccord avec bien des idées ayant encore cours. Les divergences d'opinion sur cette question tiennent au fait suivant : la réaction clinique au tétanos est très différente suivant les espèces qui, du reste, ont une réceptivité aussi très variable.

Ce que l'on peut considérer actuellement comme acquis, c'est la valeur du sérum employé préventivement dans les diverses opérations que pratiquent les vétérinaires. Quant à sa valeur curative, elle est plus que discutable.

M. Guépin. **La compression digitale de la prostate.** — Imaginée par Reliquet il y a quinze ans, décrite dans notre travail commun sur les glandes de l'urètre, elle ne doit point être confondue avec le massage ou l'expression prostatique. C'est une intervention, spéciale et bien réglée dans sa technique, précise dans ses indications qui a pour but et pour effet de provoquer la sortie des sécrétions stagnantes des cavités glandulaires dilatées de la prostate et des vésicules ; cette évacuation permet évidemment le retrait des cavités. Dans presque toutes les prostatites aiguës, subaiguës ou chroniques, partielles ou généralisées, la compression digitale rend les plus grands services. Elle est particulièrement utile aux deux premières phases de l'hypertrophie sénile de la prostate. Elle hâte la guérison de cette hypertrophie avec les troubles urinaires et les accidents infectieux qui en dépendent.

M. Megnin présente un acarien assez volumineux qui lui a été adressé de l'île Maurice. C'est l'*holothyrus coccinella* de Gervais. Il est en général funeste à l'élevage des oiseaux de basse-cour. Les enfants eux-mêmes en sont assez souvent victimes quand ils les portent à leur bouche. La langue et le pharynx deviennent alors le siège d'un œdème douloureux avec symptômes asphyxiques. M. Megnin s'est livré à quelques expériences pour rechercher la cause de leur puissance. Maintenus sur la peau par quelques tours de bande, ils provoquent de très vives brûlures. Sur les muqueuses, l'effet doit être beaucoup plus prononcé.

## BIBLIOGRAPHIE

**Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil**, par le Dr Georges Laurens, ancien interne des hôpitaux de Paris. Vol. in-8° de 176 pages. Prix : 5 fr. (Carré et C. Naud, éditeurs).

Ce travail est une étude complète de toutes les connexions anatomiques, physiologiques et pathologiques, qui relient entre eux les deux appareils sensoriels de l'ouïe et de la vue. C'est le premier travail d'ensemble qui ait été fait sur la question. Il est d'un intérêt à la fois général pour les praticiens, mais surtout spécial pour les otologistes et les ophtalmologistes.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

Paris. — Imp. Charles Schlaeber, 257, rue Saint-Honoré.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Tenon.* — M. le Dr A. Béclère.

## Traitement du pneumothorax

Quelles sont les indications thérapeutiques qu'entraîne l'existence d'un épanchement d'air dans la cavité pleurale?

Vous connaissez les conditions étiologiques du pneumothorax. Pour que la plèvre, sac sans ouverture, cavité virtuelle à l'état normal, contienne de l'air, il faut que cet air y ait pénétré par effraction. Comme la plèvre tapisse le poumon, la paroi thoracique et le diaphragme, il est nécessaire que l'un de ces trois organes soit perforé.

La perforation du diaphragme est si exceptionnelle que je néglige ces cas où l'air épanché dans la plèvre provient des voies digestives. Je laisse également de côté toutes les perforations de la paroi thoracique, traumatiques, intentionnelles ou spontanées, elles appartiennent plutôt au domaine chirurgical. Je veux exclusivement m'attacher au traitement du pneumothorax médical, de celui qui résulte de la perforation du poumon. Ni l'hydro-pneumothorax, ni le pyo-pneumothorax ne m'occuperont d'ailleurs aujourd'hui.

Vous savez les causes habituelles des perforations pulmonaires : en dehors des plaies et des déchirures traumatiques, c'est la rupture ou bien d'un tubercule ramolli ou bien d'une vésicule emphysémateuse; le plus souvent c'est d'un tubercule qu'il s'agit.

Au point de vue des indications thérapeutiques, l'état anatomique de la perforation pulmonaire est un élément de grande importance. Cette perforation peut être béante de telle sorte qu'elle établit entre l'air des bronches et la cavité pleurale une communication facile et permanente ; on dit alors que le pneumothorax est *ouvert*.

Mais la perforation pulmonaire peut aussi ne pas être béante. Ou bien ses lèvres s'appliquent exactement l'une contre l'autre, ou bien une fausse membrane l'obture à la façon d'un clapet, ou plus simplement le trajet pleuro-bronchique est long et sinueux. Par l'un ou l'autre de ces mécanismes, la perforation pulmonaire s'ouvre bien pour laisser passer l'air des bronches dans la plèvre, mais elle se referme et ne le laisse plus s'échapper de la plèvre dans les bronches : le pneumothorax est dit *à soupape*.

Dans ce cas, c'est d'abord à la faveur des grandes inspirations qu'une nouvelle quantité de gaz pénètre dans la cavité pleurale déjà remplie d'air, mais bientôt le côté malade dilaté par l'épanchement gazeux demeure en inspiration permanente et c'est alors à l'expiration ou plus exactement pendant les violents efforts de toux, tandis que la pression intra-bronchique devient très supérieure à la pression atmosphérique, que de nouvelles quantités d'air peuvent s'accumuler dans la plèvre.

Enfin, quand la perforation pulmonaire est cicatrisée, on dit que le pneumothorax est *fermé*. Suivant la plus ou moins grande solidité du tissu de cicatrice, l'occlusion est d'ailleurs permanente ou passagère.

Au début de la maladie, pneumothorax ouvert ou pneumothorax à soupape ; plus tard, dans les cas les plus favorables, pneumothorax fermé, telles sont donc les éventualités très diverses qui peuvent s'offrir à votre observation.

Le pneumothorax est *toujours* une affection redoutable, mais particulièrement le *pneumothorax à soupape*, celui qui, en raison des symptômes dont il s'accompagne le plus souvent, a mérité d'être appelé le *pneumothorax suffocant*. Vous en comprenez facilement la raison : si l'air, à chaque effort de toux, pénètre et s'accumule dans la plèvre, il y acquiert une tension supérieure à la pression atmosphérique, il comprime le poumon déjà rétracté vers le hile, il comprime le cœur et les gros vaisseaux, il les refoule et comprime encore l'autre poumon. Bref, il apporte dans la petite et dans la grande circulation un tel trouble que la congestion pulmonaire généralisée, la cyanose, les œdèmes périphériques, l'asphyxie et le plus souvent la mort rapide en sont la conséquence.

Ces préliminaires étaient indispensables avant que d'aborder notre sujet.

Quand le début du pneumothorax est brusque, c'est le cas le plus fréquent, vous vous trouvez en présence d'un malade pris subitement d'une douleur extrêmement vive, d'une dyspnée très violente, angoissante, allant souvent jusqu'à l'orthopnée, avec pâleur ou cyanose de la face, sueurs visqueuses, extinction de la voix, accélération et petitesse du pouls.

Le plus pressant est de calmer la douleur, de modérer la dyspnée. La *morphine*, en injections sous-cutanées, répond au mieux à cette double indication. Des *ventouses sèches*, appliquées en grand nombre sur le thorax, combattent la congestion de l'autre poumon. Si cette congestion est intense, généralisée, si tout le poumon est rempli de râles sibilants, ronflants et muqueux, les *ventouses scarifiées* sont préférables aux ventouses sèches, il peut même être utile exceptionnellement de faire une *saignée générale*. C'est surtout contre le collapsus cardiaque qu'il est nécessaire d'agir : l'application d'un *sac de glace* sur la région précordiale, les *injections sous-cutanées d'éther*, de *caféine*, d'*huile camphrée* sont les armes à employer, tandis que les *inhalations d'oxygène* aident le malade dans sa lutte contre l'asphyxie.

Mais tous ces moyens, d'un si grand secours, ne sont que palliatifs. Ce sont les agents d'une médication purement symptomatique. Après qu'ils ont atteint leur but et que l'orage est apaisé, n'y a-t-il pas mieux à faire? Quand on voit journellement les services rendus par l'*aspiration* dans les épanchements liquides de la plèvre, ne doit-on pas attendre de cette méthode des services semblables pour le traitement des épanchements gazeux? La question vaut la peine d'être sérieusement examinée. Voyons donc ce que va faire l'aspiration dans le pneumothorax.

Digitized by Google

Si le pneumothorax est ouvert, l'aspiration est bien inutile. Elle ne parviendra pas à débarrasser la plèvre de l'air épanché, puisque cette plèvre, en libre communication avec les bronches, se remplira au fur et à mesure qu'on cherchera à l'évacuer : autant vaudrait emplir le tonneau des Danaïdes.

Par contre, si le pneumothorax est fermé, et dans cette supposition nous ne sommes plus au début de la maladie, l'aspiration sera dangereuse, car elle amènera facilement la rupture de la cicatrice encore fragile qui ferme la perforation pulmonaire. En échange de ce risque presque inévitable avec les appareils aspirateurs habituellement employés dans le traitement des pleurésies, je ne vois pas quel avantage le malade retirera de l'aspiration. Il a passé la période dangereuse du pneumothorax, et nous savons que, la perforation une fois fermée, si toutefois rien ne met obstacle au déplissement du poumon, l'air intra-pleural ne tarde pas à être résorbé.

Reste donc le cas du pneumothorax à soupape. C'est alors une indication capitale d'évacuer l'air accumulé en excès dans la plèvre, sous une tension supérieure à celle de l'atmosphère, et de supprimer ainsi la compression qu'il exerce sur les organes intra-thoraciques. On ne saurait d'ailleurs faire autre chose que de donner issue à l'excédent des gaz en abaissant la pression intra-pleurale jusqu'à ce qu'elle redevienne égale à celle du dehors. Vouloir faire davantage, vouloir vider complètement la cavité pleurale serait encore recommencer l'œuvre des Danaïdes, puisque la perforation pulmonaire n'est pas cicatrisée. Mais ne voyez-vous pas que, pour provoquer cette fuite de l'air en excès dans la plèvre, l'aspiration n'est nullement nécessaire et qu'une simple *ponction* suffit ?

Ainsi, que le pneumothorax soit ouvert, fermé ou à soupape, l'aspiration n'est jamais nécessaire, elle peut devenir dangereuse. N'ayez donc jamais recours à l'aspiration dans le traitement du pneumothorax.

Seule, la *ponction* est, dans certains cas, tout à fait indispensable. Quand et comment faut-il la pratiquer ?

Quand faut-il faire la ponction dans le pneumothorax ? La réponse n'est pas douteuse : quand il est à soupape. A quels signes reconnaîtrez-vous le pneumothorax à soupape ? La dyspnée extrême, l'intensité des troubles de la grande et de la petite circulation, l'exagération et la plus haute tonalité du son de percussion, le caractère très accentué de l'amphorisme, du bruit d'airain, du tintement métallique, le déplacement au maximum des organes voisins, tels sont les signes qui vous le feront soupçonner. Mais c'est seulement la ponction qui, en vous montrant la pression intra-pleurale supérieure à la pression atmosphérique, vous permettra de faire un diagnostic certain en même temps qu'un traitement rationnel. N'hésitez donc pas à ponctionner toutes les fois que l'intensité de la dyspnée et des troubles circulatoires vous fera soupçonner un pneumothorax à soupape. Si la ponction ne confirme pas ce diagnostic, il n'en résultera pour le malade aucun dommage, à la condition de vous astreindre aux précautions que je vais dire.

Comment faire la ponction dans le pneumothorax ? Jamais avec un trocart, même de petit calibre, toujours avec une aiguille fine, du genre de celles qui servent aux injections sous-cutanées, sa lumière sera suffisante pour laisser passer les gaz en excès dans la plèvre. La piqûre faite avec cette aiguille sera peu douloureuse, ne laissera pas de traces, pourra facilement être renouvelée et surtout n'exposera pas le malade à cette complication redoutable de la ponction pratiquée avec un trocart, dont je connais plusieurs exemples, je veux parler de l'emphysème sous-cutané généralisé qui met rapidement la vie en péril et nécessite l'opération de l'empyème.

Il va sans dire qu'avant la ponction, la peau du thorax et l'aiguille auront été soigneusement stérilisées suivant toutes les règles de l'antisepsie.

Mais une objection est sur vos lèvres. Ne craignez-vous pas, m'allez-vous dire, que cette aiguille, après avoir permis l'issue hors de la plèvre de l'air en excès, ne favorise sa rentrée dans la poitrine pendant les grandes inspirations, ou que, si par aventure le pneumothorax est déjà fermé au moment de la ponction, celle-ci ne serve qu'à refouler de nouveau le poumon, par suite de la pénétration brusque de l'air du dehors dans la cavité pleurale ?

Vous vous mettrez à l'abri de tout risque de ce genre à l'aide d'un appareil très simple que vous n'aurez aucune difficulté à fabriquer vous-même. Engagez et fixez le pavillon de votre aiguille dans l'une des extrémités d'un tube de caoutchouc souple d'un demi-mètre de longueur, puis à l'autre extrémité de ce tube de caoutchouc adaptez un tube de verre, long de vingt centimètres environ, enfin plongez ce tube de verre verticalement dans un récipient quelconque contenant un peu de liquide, par exemple dans une éprouvette à pied doit le fond soit recouvert de cinq à dix centimètres d'eau, de telle sorte que l'extrémité libre du tube de verre plonge dans l'eau ; vous aurez l'appareil en question, véritable manomètre improvisé, qui vous renseignera au mieux sur l'état de la pression intra-pleurale en même temps qu'il rendra votre ponction tout à fait inoffensive.

Plongez sans crainte votre aiguille dans un espace intercostal. Si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tube de caoutchouc et le tube de verre sous forme de bulles nombreuses et pressées qui traversent l'eau de l'éprouvette et viennent crever à sa surface. Comme vous l'avez observé sur un malade du service, couché au lit n° 12 de la salle Trousseau, un tuberculeux porteur d'un pneumothorax à soupape, les bulles d'air se succèdent jusqu'au moment où la pression de la plèvre est redevenue égale à celle de l'atmosphère. Le liquide du tube de verre et celui de l'éprouvette sont alors de niveau, au moins si le malade suspend sa respiration. Quand il

Digitized by Google

respire, comme vous l'avez vu, l'eau monte et descend dans le tube, elle monte pendant l'inspiration et descend pendant l'expiration. Le nombre de centimètres dont elle s'élève ou s'abaisse par rapport au niveau de l'eau dans l'éprouvette vous permet de mesurer exactement les variations positives et négatives de la pression intrapleurale liées aux mouvements respiratoires. Mais vous retirez alors votre aiguille et vous fermez au collodion l'orifice de son trajet cutané. Puis, la morphine donnée *larga manu* vous aide, dans la mesure du possible, à éviter les quintes de toux et le retour d'un excès de pression dans la plèvre, tout au moins à retarder le moment où une nouvelle ponction devient nécessaire.

Si, au contraire, avant votre ponction, la pression intrapleurale est égale ou inférieure à la pression atmosphérique, aucune bulle de gaz ne s'échappe au travers du liquide de l'éprouvette et pendant que le malade se livre à de grandes inspirations, l'eau monte plus ou moins haut dans le tube de verre, vous donnant la mesure exacte de la pression négative de la cavité pleurale, mais sans jamais atteindre l'extrémité supérieure de ce tube s'il a au moins, comme je vous l'ai dit, vingt centimètres de hauteur. La ponction dans ce cas était inutile. Vous retirez aussitôt votre aiguille.

En résumé, le traitement opératoire du pneumothorax doit, à mon sens, et je me sépare des auteurs classiques, être ainsi formulé : jamais d'aspiration, mais seulement ponction capillaire avec une aiguille fine, en évitant à l'aide du dispositif très simple que je vous ai recommandé, la rentrée de l'air du dehors dans la plèvre; cette ponction inoffensive est indiquée toutes les fois que les troubles fonctionnels et les signes physiques permettent de croire à un excès de pression de l'air intra-pleural.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Néphrite gravidique grave. — Urémie et Eclampsie
*Saignée — transfusion; guérison*

Par le Dr P.-E. Launois, *médecin des hôpitaux de Paris* et le Dr A. Meslier (de Clichy-la-Garenne).

Pour combattre les accidents graves qui surviennent au cours des néphrites aigües, à l'ancienne pratique de *la saignée*, on tend de plus en plus aujourd'hui à substituer celle de *la saignée-transfusion* : l'émission d'une quantité variable de sang veineux est accompagnée de l'injection progressive, soit dans les veines, soit sous la peau, d'une quantité égale d'eau salée tiède. Les faits publiés par Sahli (1), Bosc (2), Chauffard (3), Barré (4) ont montré les précieux avantages de la méthode nouvelle dans le traitement de *l'urémie* ; ceux de Porak (5) et Bernheim (6), dans le traitement de *l'éclampsie*.

L'observation suivante, que nous empruntons à notre pratique, nous a paru d'autant plus intéressante à publier que nous avions à combattre à la fois des accidents urémiques et éclamptiques tellement graves que la malade était en danger de mort imminente. Des saignées copieuses répétées, accompagnées d'injections sous-cutanées d'eau salée tiède, ont rapidement amené une véritable résurrection.

Mme B..., âgée de 38 ans, habitant actuellement Clichy-la-Garenne, est née à Puteaux. Elle n'a présenté dans sa jeunesse aucune manifestation pathologique digne d'être signalée. Les ascendants directs jouissaient d'ailleurs d'une bonne constitution ; son père est mort âgé, à la suite d'un accident, sa mère a succombé au cours d'une pneumonie à un âge également avancé. Les règles se sont établies à l'âge de 15 ans et leur périodicité a toujours été régulière.

A l'âge de 20 ans sont apparues des crises de migraines violentes et fréquentes en même temps que se dessinait un léger état d'embonpoint.

En 1892, à l'âge de 33 ans, Mme B... se marie ; elle est alors polysarcique ; son poids dépasse 100 kilogrammes.

En 1896, survient une pneumonie double qui évolue normalement et rapidement.

Au mois de février 1897, les règles s'étant supprimées, la malade va consulter son médecin ordinaire ; l'examen des urines est négatif, l'état polysarcique a encore augmenté.

Pendant le mois de mars suivant, Mme B... se plaint de palpitations, d'essoufflement; une grande surexcitation nerveuse a succédé au calme habituel. Les urines sont normales. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement sur la cause de la suppression des règles ; quant au palper abdominal, il est impossible, étant donné l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse de la paroi abdominale. Il existe une douleur vague le long du faisceau vasculo-nerveux des deux cuisses.

Le même état persiste au cours des mois d'avril et de mai.

Le 28 juin, éprouvant un léger malaise, Mme B... fait appeler son médecin; l'analyse de l'urine, pratiquée très

(1) Sahli (de Berne), Ueber Auswaschung der menschlichen Organismus und über die Bedeutung der Wasserzufuhr in Krankheiten. Jam Klin, Vortr. (Volkmann). *Innere Medicin*, n°5, nov. 1890.

(2) Bosc et Vedel : Injections de sérum artificiel dans les maladies infectieuses et les intoxications. *Presse Médicale*, 1896, p. 261-287.

(3) Chauffard, in Thèse de Lochelongue : Aperçu sur le mode d'emploi et les indications des injections massives salines dans les affections médicales et les intoxications. *Thèse de Paris* 1896, n° 6.

(4) Barré : Méthode générale de désinfection du sang dans les maladies infectieuses graves. *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, 1896, p. 323.

(5) Porak, Société obstétricale de France, mars 1893.

(6) Bernheim : Traitement de l'éclampsie puerpérale en particulier par les injections sous-cutanées d'eau salée. *Thèse de Paris*, 1894.

Ces indications bibliographiques sont empruntées à la remarquable monographie de M. F. Lejars, le *Lavage du sang*, suite de monographies cliniques, n° 3, 10 juillet 1897.

Digitized by Google

soigneusement et séparément par le médecin, la sage-femme et le pharmacien, ne donne aucun résultat.

Dans la nuit du 29 au 30 juin, vers 2 heures du matin, la malade est brusquement réveillée par une sensation d'étranglement ; il lui semble qu'elle va étouffer, elle se lève et ouvre largement la fenêtre de sa chambre. La dyspnée va sans cesse en augmentant et à six heures du matin l'aspect de la malade est terrifiant : son facies contracté exprime l'angoisse, les téguments sont violacés et couverts d'une sueur visqueuse et abondante. Cramponnée sur la barre d'appui d'un palier, au voisinage d'une fenêtre et d'une porte largement ouvertes, la malade, courbée en avant, ne peut se redresser et ne peut proférer aucune parole. Elle indique de la main que son front est le siège d'une violente douleur.

La respiration est précipitée, les poumons, totalement œdématiés, sont remplis de petits râles fins mêlés à de gros bruits sibilants et ronflants ; quelques crachats spumeux, rosés sont expectorés avec grande peine.

Les contractions du cœur sont précipitées, ses battements sourds ne sont pas perceptibles à l'oreille, le pouls est rapide, incomptable, la pression artérielle est faible.

La malade, qui n'a pas uriné la veille au soir ni dans la nuit, émet environ deux cuillerées à soupe d'urine qui, chauffée dans un tube, se transforme immédiatement sans l'addition d'aucun réactif en un bloc compact d'albumine. Il existe un œdème, rapidement progressif des membres inférieurs.

Toujours en proie à une dyspnée terrible, la patiente présente des phénomènes nerveux tels que cris de frayeur, hallucinations.

Aidé par la sage-femme, Mme Martin, le médecin traitant met activement en pratique la médication suivante : ventouses sèches appliquées à profusion sur le thorax, injections sous-cutanées de caféine et d'éther, inhalations d'oxygène, lavements purgatifs et d'une solution de lactose.

Le soulagement apporté par cette médication est peu marqué. A midi, au moment de notre commun examen, la situation est telle qu'il semble à chaque instant que l'asphyxie va emporter la malade.

Après un examen aussi complet que le permet l'état de la patiente, nous sommes d'avis de recourir à une médication énergique, de pratiquer une saignée copieuse en même temps qu'une injection sous-cutanée d'eau salée tiède. Cette pratique sera renouvelée suivant les indications.

Vers deux heures de l'après-midi, au moment où on avait pu se procurer la solution saline stérilisée et l'appareil à injections, le médecin traitant hésite, tellement est grave l'état de la malade. Des attaques d'éclampsie, séparées par de courtes périodes comateuses, se sont surajoutées aux phénomènes morbides.

Une saignée est pratiquée aux deux bras, pendant que la sage-femme couvre la partie postérieure du thorax de ventouses largement scarifiées. Les saignées donnent 720 grammes d'un sang noir foncé qui se coagule rapidement; un peu plus de 300 grammes sont retirés à l'aide des ventouses : on soustrait ainsi en une fois un peu plus d'un kilogramme de sang.

A la moitié de la saignée, une injection de sérum est commencée ; on la pratique dans le tissu sous-cutané de la paroi abdominale : 500 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000 sont injectés progressivement.

Lorsque les deux opérations sont terminées, la situation s'est complètement transformée, la connaissance de la malade est redevenue complète ; elle cause et sourit, cherchant à consoler son entourage encore consterné; la sueur a cessé, la dyspnée considérablement diminué, il reste cependant encore des signes d'œdème pulmonaire, le pouls est moins fréquent, les battements du cœur sont plus vigoureux.

Invitée à le faire, la malade émet facilement 600 grammes d'urine claire contenant 2 grammes 40 d'albumine par litre. Assise dans un fauteuil, elle se plaint d'une fatigue générale et boit dans la soirée et la nuit deux litres de lait ; elle peut dormir pendant deux heures.

Le lendemain 1er juillet une nouvelle saignée est pratiquée dans la matinée : on retire de la veine 500 grammes de sang en même temps qu'on injecte sous la peau une égale quantité d'eau salée. La dyspnée disparaît complètement en même temps que la polyurie s'accuse ; 3250 grammes d'urine sont rendus dans les 24 heures, le taux de l'albumine diminue progressivement.

Le 3 juillet, dernière saignée de 300 grammes et injection de 500 grammes de sérum.

Le 4, les urines sont normales comme quantité et comme qualité, tout malaise a disparu, le sommeil est calme, dès le 5, on est obligé d'empêcher la malade de reprendre ses occupations.

Le 10 juillet, après quelques douleurs, il y a expulsion d'un fœtus macéré de 5 mois. Une antisepsie rigoureuse est pratiquée, les suites de cet avortement sont des plus normales.

Vers la fin du mois, Madame B..., a retrouvé sa bonne santé ordinaire et a repris toutes ses occupations.

La diminution de poids pendant la durée de la maladie a été de 13 kilogrammes.

La publication détaillée de notre observation nous paraît comporter quelques remarques. Nous signalerons tout d'abord les remarquables effets d'une saignée très abondante ; nous n'avons pas hésité en effet à retirer en une seule fois du système veineux, soit à l'aide de la lancette, soit à l'aide de ventouses scarifiées, plus d'un kilogramme de sang. Etant donné l'état du myocarde, l'imperméabilité presque absolue des reins, étant donné aussi le milieu où nous opérions, il nous a paru prudent de recourir, pour l'injection d'eau salée, à la voie sous-cutanée. Les événements nous pressant, l'impossibilité d'assurer l'asepsie étant absolue, il eût été dangereux de

Digitized by Google

recoucir à la dénudation d'une veine et à l'injection intraveineuse. Nous avons mis en pratique les préceptes qui ont été depuis, si sagement formulés par Lejars (1), dans les termes suivants : « De fait, chez les malades de ce groupe, alors que le doute persiste sur le degré de perméabilité du rein et aussi sur l'état du myocarde, il y a tout lieu d'être prudent. *La saignée-transfusion* parait être la méthode la plus sûre, et, en tout état de cause, c'est à *la voie sous-cutanée* que l'on s'adressera de préférence ; les doses moyennes, répétées, donnent de bons résultats, sans dommage et sans péril. »

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## La digitale dans la pneumonie (1)

Par M. Deguy, *interne des hôpitaux*

Y a-t-il des dangers à la médication digitalique ? Nous ne le pensons pas, si on emploie la digitaline cristallisée aux doses indiquées et suivant le procédé d'administration sur lequel nous avons insisté. On pourra certes observer des coïncidences fâcheuses chez les vieillards ou les cachectisés qui meurent malgré la digitaline et non par la dig taline (*post hoc* n'étant pas toujours *propter hoc*). D'autrefois, elle n'empêchera pas l'issue fatale; mais quelle est la médication dont on puisse dire qu'elle n'a jamais eu d'insuccès ?

Les dangers pourront s'observer avec des doses massives de feuilles de digitale dont l'on ne peut pas doser les principes actifs, et encore l'on est étonné de voir combien les accidents ont été rares entre les mains de Petrescu par exemple. Saucerotte qui, lui aussi, est partisan de la digitale, récuse formellement les accidents que, *a priori*, on lui a imputés. L'adynamie, le collapsus ont pu être observés, mais ces symptômes ne sont-ils pas plutôt un effet de la maladie que de la médication ? Nous ferions sourire en disant qu'on a accusé la digitale de produire le délire, le coma, comme si c'étaient là des faits rares dans les pneumonies non traitées.

Sans doute, on pourra me dire que, au cours des affections du cœur ou des reins, chez les vieillards, chez les débilités, chez les cachectiques, chez les phtisiques ou les cancéreux, l'administration de la digitale a pu parfois être suivie de mort. Mais, je répondrai : Est-ce que c'est la digitale qui a déterminé la mort, ou le malade est-il mort malgré la digitale ? Et à ce sujet, j'ai présent à la mémoire le cas d'un vieillard très arythmique avec beaucoup d'albumine dans les urines. Une pneumonie se déclare, et vers le troisième jour je voulais donner 50 gouttes de digitaline, tenter le suprême effort, malgré les élèves présents qui me considéraient comme très audacieux. Le malade n'eut pas le temps de prendre sa digitaline, il mourut le 3e jour, m'évitant par là même l'accusation que l'on m'aurait faite de l'avoir intoxiqué. Et de plus, je répondrai : Pourquoi n'accuse-t-on pas les injections d'éther, de caféine, d'huile camphrée, pourquoi n'accuse-t-on pas le tartre stibié et autres médications, si l'issue a été fatale, et pourquoi réserve-t-on toutes ces accusations à la digitale seule ?

Cependant, nous avons obtenu avec elle des guérisons inespérées (Voir *Revue de médecine*, mars 1897) et cela chez des cardiaques, des rénaux et dans des cas graves ; nous eussions échoué que les blâmes n'eussent pas manqué ; nous avons réussi dans les cas désespérés et c'est pourquoi nous sommes heureux de défendre la digitale contre ses détracteurs. « Je ne saurais dire, écrivait Duclos, quels consolants succès j'ai dus à cette précieuse médication. Toute la valeur du traitement réside en effet dans la manière dont il est appliqué. *Le remède vaut ce que vaut le médecin qui le prescrit.* Tout le monde use de la quinine, de la belladone, du mercure, de la digitale. Tous ces médicaments guérissent dans la main de l'un, échouent dans la main de l'autre. Ce n'est pas le médicament qui est insuffisant, c'est le médecin, tout comme en chirurgie, tout comme dans les arts, l'instrument, si parfait qu'il soit, vaut ce que vaut la main qui le conduit ou qui en use. La guérison n'est pas dans la meilleure aiguille à cataracte, ni dans la meilleure pince à polypes. »

### V

Y a-t-il des *indications* spéciales au traitement de la pneumonie par la digitaline ?

Non, et nous n'acceptons qu'avec réserves cette opinion de Saucerotte qui dit que la digitale est inutile quand, malgré l'extension de la lésion, la fièvre est modérée. Toutes les pneumonies, franches, grippales (Huchard), typhoïdes dont nous avons rapporté un cas (*Journal des Praticiens*, n° 28, Traitement de la fièvre typhoïde) sont justiciables de cette médication. Il n'est pas jusqu'à la pneumonie tuberculeuse qui, d'après Duclos, serait influencée favorablement.

Les *contre-indications* sont presque nulles ; il faut simplement de la prudence ; par exemple, dans les pneumonies très étendues, dans la pneumonie bilieuse. Les enfants supportent très bien la digitale, et la formule de Gintrac : « lait, lit, looch », n'est pas à conseiller dans tous les cas, bien qu'elle suffise souvent, les enfants ayant la réaction facile. La seule contre-indication et qui n'en est pas une, car c'est simplement une indication de prudence, c'est l'âge, c'est la vieillesse. « Chez le vieillard exempt de troubles circulatoires, administrez largement la digitale, disait Duclos ; s'il y a des intermittences fréquentes et prolongées, exercez une sérieuse surveillance, il faut suspendre la médication ou tout au moins la réduire à des doses quelquefois insuffisantes. »

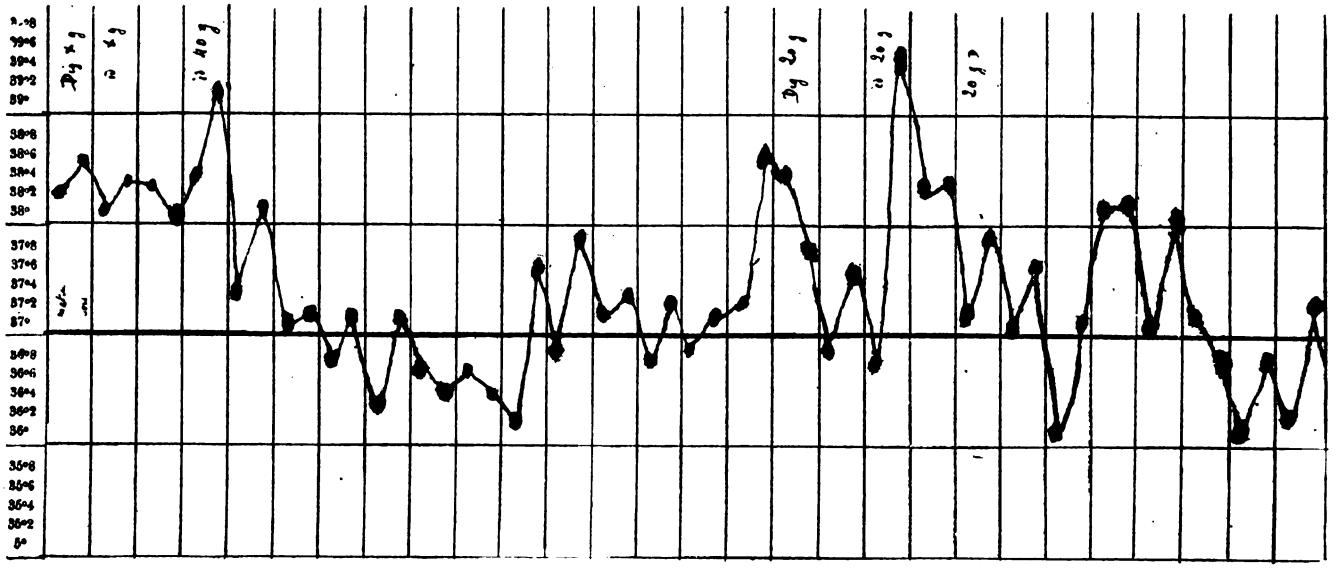
Nous retenons cet aveu d'insuffisance de la médication,

(1) F. Lejars, *loco citato*, page 36.

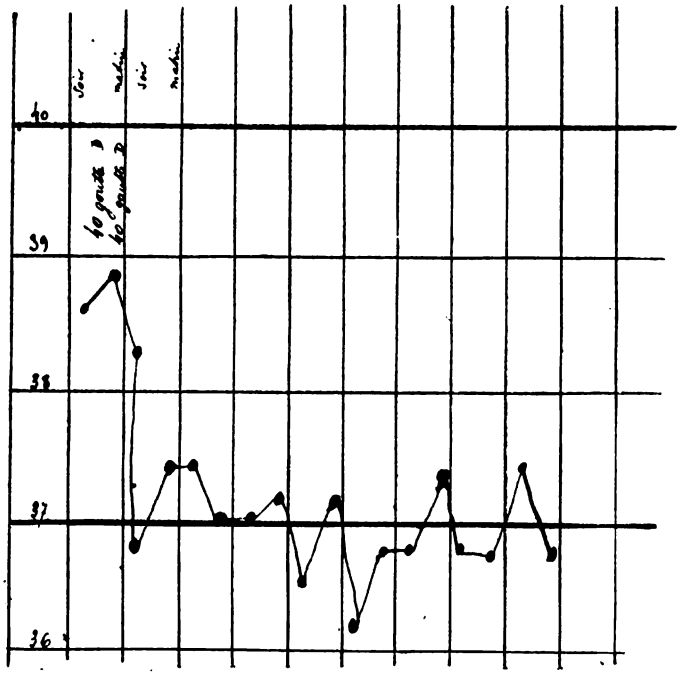
(1) Suite et fin. Voir : n° 35, page 549.

Digitized by Google

par crainte, et nous n'hésitons pas à détruire ces craintes. Le danger est imminent? Pourquoi hésiter à employer une médication héroïque qui peut, mais, hélas, pas dans tous les cas, sauver les malades? Je vous fais passer en ce moment la courbe thermique d'une malade de 75 ans, albuminurique, arythmique. Soignée dans le service de M. Huchard pour une pneumonie intercurrente, sauvée une première fois par la digitaline dont elle prend 60 gouttes en quatre jours, elle refait quinze jours après une nouvelle pneumonie avec signes classiques, et elle est de nouveau sauvée avec 60 gouttes de digitaline en cinq jours. Cette malade est en ce moment bien portante dans une asile de vieillards, elle conserve toujours son arythmie et 75 centigrammes d'albumine.



Voici, d'autre part, la courbe d'une autre malade de 45 ans, entrée dans un état comateux le quatrième jour d'une pneumonie, avec du souffle tubaire à droite, de la congestion pulmonaire de la base gauche, de la polypnée, du tremblement généralisé, un pouls à 110, de l'albumine dans les urines. Elle prend en deux jours, 80 gouttes de digitaline, nous observons une résurrection complète, et cela, malgré les menaces de collapsus cardiaque, malgré l'adynamie complète qu'elle présentait à son entrée.



VI

Comment agit la digitaline? A cela, quatre hypothèses sont possibles.

1° Ou bien l'influence heureuse s'explique par l'action de ce médicament sur la température. Hirtz et Saucerotte étaient de cet avis, ils recherchaient seulement à combattre la fièvre : « l'incendie qui, né de l'étincelle locale, soulève à son tour le vent qui active le travail destructeur. » (Hirtz.)

2° La digitaline a-t-elle une action spéciale et directe sur le pneumocoque et ses toxines? Le fait a été soutenu en Italie. En France, M. Landouzy croit cette action réelle : « Que l'on traite, dit-il, les pneumoniques par les succédanés de la digitale, l'on n'obtiendra pas les mêmes résultats; la caféine, le strophantus, ne possèdent pas les mêmes propriétés, et l'on est en droit de se demander si la digitale n'aurait pas une influence neutralisante sur les toxines du pneumocoque, propriété antitoxique qui s'ajouterait à l'action tonicardiaque de ce médicament et en expliquerait les heureux effets. »

3° On a expliqué aussi les effets de la digitale par son action sur l'élément congestif du début; l'hypertension artérielle, s'opposant à la congestion passive ou active. Cette théorie a du vrai lorsque l'on s'adresse aux pneumonies congestives, mais elle ne me paraît pas pouvoir s'appliquer aux cas d'hépatisation.

Digitized by Google

4° La dernière théorie est celle qui recherche l'action de la digitale sur le cœur. M. Huchard en est un défenseur, et nous lui laissons à ce sujet la parole :

« Dans le cours d'une pneumonie, dit il, ou d'une congestion pulmonaire intense, il est un organe presque compensateur qui sera bientôt appelé à lutter sans cesse contre l'énorme embarras circulatoire du poumon : cet organe, c'est le cœur. C'est le cœur qu'il faut soutenir et fortifier de bonne heure, dès le début de la maladie, d'une façon presque systématique, et sans attendre que, lui aussi, soit atteint dans son fonctionnement et sa contractilité. Que de fois n'ai-je pas vu commettre l'erreur suivante : Une pneumonie plus ou moins étendue s'est développée; le cœur, impassible dans les premiers jours, précipite et accentue ses battements; la systole est vigoureuse, le pouls vibrant, et l'on s'appuie sur ces caractères pour croire inutile toute intervention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte violemment pour lutter, ou parce qu'il lutte, et que, bientôt épuisé, il ne se relèvera plus jamais ; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse. Voilà ce que j'ai observé dans bon nombre de cas. Après cette période d'excitation, le myocarde faiblit, et c'est à ce moment seulement que l'on songe à donner la digitale, quand elle ne peut plus rien faire sur un organe dont la contractilité est épuisée, et quand elle ne peut plus produire la diurèse en raison de l'imperméabilité rénale survenue à une période trop avancée de la maladie.

« Pour combattre de bonne heure les effets de la pneumonie, et pour les prévenir, il faut donc s'adresser au cœur, et cette formule renferme tout un principe de thérapeutique à laquelle je donne le nom de *thérapeutique compensatrice*. Quand un organe est malade, il faut faire agir les organes sains et compensateurs. Vous exécutez ainsi, en thérapeutique, une sorte de mouvement tournant ; mais vous savez que les mouvements tournants assurent quelquefois la victoire.

« L'indication de la digitale se présente dans presque toutes les pneumonies fibrineuses, non pas seulement pour combattre l'élément fébrile, ni pour agir directement sur le processus pneumonique, ce qui est impossible, mais pour donner au cœur une force de réserve dont il aura besoin pour lutter, mais aussi pour assurer de bonne heure, par la diurèse, la dépuration de l'organisme. Sous l'influence de la digitaline, les systoles ventriculaires se font avec plus d'énergie, le pouls devient plus fort, la dyspnée est amoindrie, les menaces de congestion œdémateuse du poumon s'évanouissent, la température diminue ; la diurèse s'établit promptement, et, durant quatre ou cinq jours, elle contribue à éliminer toutes les toxines produites par la maladie infectieuse. Sous son influence encore, la tension artérielle augmente. »

Telles sont les principales opinions émises pour expliquer les bienfaits de la digitale. Je ne veux point ici vous citer toutes les observations qui m'ont servi de base pour ces quelques considérations, je vous renvoie pour ce sujet à l'article de la *Revue de médecine* précédemment cité, et je ne saurais mieux faire, comme conclusion à cette communication, que de rappeler les conclusions formulées dans le travail en question :

« Les avantages que nous trouvons à la médication digitalique, c'est d'abord que, le lendemain de l'administration du médicament, les malades accusent une sensation de bien-être tout à fait spéciale ; le délire, s'il existait, cesse l'albuminurie diminue, pour cesser les jours suivants. L'action antithermique est remarquable, et l'examen des courbes en est la meilleure preuve. Les systoles ventriculaires se font avec plus d'énergie, et le cœur se ralentit, la tension artérielle augmente, le pouls devient plus fort. M. Huchard dit que la diurèse s'établit promptement, et, durant quatre ou cinq jours, elle contribue à éliminer toutes les toxines produites par la maladie infectieuse. Le fait est vrai dans quelques cas et nous avons pu le vérifier sur des courbes parallèles de l'urine et de la température : quand celle-ci descend, l'autre s'élève. Toutefois, le fait n'est pas constant ; nous avons vu la quantité d'urine rester la même, 8 à 900 grammes, mais leur aspect devient rougeâtre, trouble ; elles sont très chargées en urates qui forment un abondant précipité au fond du vase (1).

Par la suite, les congestions nous ont paru disparaître plus rapidement, et l'exsudat pneumonique être plus rapidement résorbé ; en somme, la digitaline accélère l'évolution normale de la pneumonie et est l'adjuvant le meilleur de la guérison spontanée, car nous ne devons pas oublier que ce n'est pas une médication antipneumonique, c'est une médication *compensatrice* qui se sert des organes sains et compensateurs pour agir sur l'organe malade. Ce n'est pas la pneumonie qui est dangereuse, c'est la défaillance de l'organisme, et c'est cette dernière que l'on combat ou que l'on empêche par le traitement digitalique. La maladie est au poumon, le danger est au cœur et au système nerveux (Huchard) ; nous laissons la maladie suivre son évolution normale, mais nous aidons l'organisme à en triompher et nous empêchons que ce dernier ne succombe à la tâche.

On nous dira sans doute, et avec raison, que l'emploi des divers toniques et stimulants, de l'acétate d'ammoniaque, du vin, et surtout des potions alcooliques dites de Todd, répond à la même indication et peut suffire souvent à la remplir ; ces moyens sont assurément précieux et nous les employons nous-mêmes au besoin ; seulement ils n'ont pas sur le cœur l'action toute particulière de la digitaline, et c'est ce qui explique l'importance exceptionnelle que nous attachons à l'usage de celle-ci. »

(1) M. Huchard partage cette opinion, et c'est pourquoi il insiste sur le régime lacté dans la pneumonie pour augmenter la diurèse qui est rarement produite directement par la digitale, à moins qu'il s'agisse d'une cardiopathie en asystolie.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE

**Du traitement des tuberculeux : exposé de l'état actuel.** par Leyden (Berlin). — C'est avec une grande largeur d'esprit que le célèbre professeur de Berlin envisage la question de la phtisie pulmonaire. Affection universelle, elle exerce ses ravages sur tous les peuples, sous toutes les latitudes, ne respectant ni le riche ni le pauvre, ni les villes ni les campagnes. On peut mesurer le péril social qui résulte d'un pareil fléau au nombre des victimes. Rien qu'en Allemagne, la mortalité annuelle des phtisiques s'élève à 180.000 ! Et, dans les populations de l'Europe, ils fournissent environ le cinquième des décès.

« L'esprit d'humanité et de solidarité, qui est l'orne-
« ment de cette fin de siècle, nous ordonne d'unir nos
« efforts et de faire œuvre commune ; il crie au plus fort
« de secourir le plus faible. Que les meilleurs d'entre
« nous, que les plus fortunés nous viennent en aide, que
« les communes, que l'Etat lui-même nous soutiennent
« d'une façon efficace, sans nul doute, nous toucherons
« au but désiré. » — A de telles paroles, les médecins de tous les pays civilisés ne peuvent qu'applaudir.

Considérée autrefois comme incurable, la phtisie pulmonaire a cessé de l'être depuis qu'en 1855 Brehmer appliqua pour la première fois sa méthode de traitement, acceptée depuis cette époque par la majorité des médecins. De nombreux imitateurs, séduits par les résultats obtenus dans son établissement de Gœbersdorf en Silésie, ne tardèrent pas à marcher sur ses traces. Telle est l'origine des sanatoria aujourd'hui bien connus de Falkenstein, Reiboldsgrün, Rehberg, Andreasberg, Hohenhonnef, Davos, Leysin, Arosa, etc.

A l'heure actuelle, toute la prophylaxie repose sur les deux indications suivantes : 1° empêcher la transmission directe ou indirecte des bacilles tuberculeux ; 2° améliorer le terrain, c'est-à-dire la constitution de l'individu. On remplira cette dernière, en surveillant l'éducation physique de l'enfant, en favorisant son développement thoracique par la gymnastique et les sports. Par une alimentation fortifiante sans être excessive, par l'habitude prise de braver les intempéries de l'atmosphère, on augmentera la résistance de l'organisme contre les maladies.

Quant à éviter la transmission du bacille, la chose est en soi à peu près impossible. La peur du microbe n'aboutit d'ailleurs qu'à des mesures impraticables ou insuffisantes. Tous les règlements de police sanitaire demeurent impuissants. A cet égard, il ne faut compter que sur la prophylaxie privée. La propreté sous toutes ses formes est la base la plus solide de toute désinfection. Les habitudes de propreté et d'hygiène contractées dans les sanatoria seront rapportées par les malades au sein de leurs familles : il n'est pas de meilleure école de prophylaxie.

Le véritable traitement de la tuberculose comprend les médications spécifiques et le régime diététique. Leyden rappelle la confiance accordée à certains médicaments, tels que la créosote, le créosotal, le gaïacol, etc. ; l'engouement pour certaines stations thermales, et il relate à grands traits l'histoire et le succès éphémère des tuberculines de Koch, les tentatives de Klebs, de Maragliano, et enfin de Behring.

Pour le présent, en attendant la réalisation des promesses de la sérumthérapie, il faut se contenter d'appliquer, parmi les méthodes de traitement connues, celle qui possède à son actif le plus grand nombre de guérisons. Le traitement hygiénique et diététique, préconisé autrefois par Brehmer, offre, d'après Leyden, les meilleures chances de succès. Il comprend tout d'abord le choix d'un climat : climats de montagne, dont l'influence favorable paraît se rattacher à l'extrême pureté de l'air, à l'atmosphère peu chargée d'eau et très ensoleillée, à son action sur les globules rouges du sang ; climats maritimes, préférés par certains médecins pour leur atmosphère humide et privée de poussières. Quant aux climats chauds et secs, souvent recommandés et très courus par les malades, ils offrent le grand inconvénient d'un changement de vie trop considérable pour leur permettre de revenir sans aucun danger dans leur climat d'origine.

Les autres indications de la méthode de Brehmer sont : 1° l'aérothérapie sous toutes ses formes (chambres très aérées, même la nuit ; promenades à pied par tous les temps) ; 2° l'alimentation riche, fortifiante ; 3° l'endurcissement physique du malade par les cures d'air prolongées, l'hydrothérapie (lotions, enveloppements humides, douches et même bains froids), les exercices physiques (ascensions méthodiques comme dans la cure d'Œrtel), enfin les sports divers : cependant les malades très avancés et très affaiblis devront garder un repos relatif ; 4° une médication simplement tonique ; 5° en dernier lieu, l'application de toutes ces mesures dans des établissements spéciaux, sanatoria.

Leyden signale dans un dernier paragraphe le mouvement qui se produit un peu partout en faveur de sanatoria ou d'établissements analogues en vue du traitement des tuberculeux. Les Anglais et les Américains ont été les premiers à marcher dans cette voie ; à Londres l'hôpital Royal pour les maladies de poitrine date de 1814. En France, la Ligue contre la tuberculose est fondée en 1888. En Russie, en Allemagne, le mouvement des esprits en faveur des sanatoria s'accuse de jour en jour. Il mérite d'attirer l'attention. Il doit être encouragé et soutenu ; car il est une des manifestations les plus évidentes de la paix et de la culture intellectuelle progressive des peuples, véritable programme de l'avenir. — A. Weber.

Digitized by Google

## CHIRURGIE

**Accidents pouvant survenir au cours de l'intervention opératoire contre le goitre exophtalmique.** — De multiples procédés opératoires ont été appliqués en ces dernières années au traitement du goitre exophtalmique. Parmi les principaux, il faut citer la ligature des artères thyroïdiennes, l'énucléation, l'exothyropexie, la thyroïdectomie, enfin la section du sympathique cervical. Chacune de ces opérations a aujourd'hui fait ses preuves, et si l'on en croit le docteur Surrel (*Th. doct.*, Paris 1897) il y en a aucune qui soit absolument efficace et sans dangers.

La *ligature des artères thyroïdiennes* est applicable aux goitres parenchymateux et vasculaires, mais reste sans succès dans les goitres kystiques ou à noyaux. Elle peut enrayer quelque temps la marche de la maladie, mais les résultats en sont incertains et les récidives fréquentes. De plus, la difficulté opératoire due aux changements de rapports de la région, et les hémorragies secondaires attribuables à la friabilité des vaisseaux peuvent compliquer l'opération.

L'*énucléation* du goitre, dans la maladie de Basedow, peut donner de bons résultats ; elle n'est pourtant pas à l'abri des récidives. Certaines complications l'entravent quelquefois : 1° la multiplicité des kystes ou noyaux nécessitant une extirpation totale ; 2° la difficulté où l'on se trouve de délimiter nettement la tumeur d'avec le tissu glandulaire ; 3° l'hémorragie qui peut être grave ; 4° la présence d'adhérences dues à un processus inflammatoire ou à un traitement palliatif antérieur.

L'*exothyropexie*, en outre des récidives, a des suites longues, malpropres et pénibles. On peut voir survenir consécutivement de la fièvre compliquée, d'agitation, de délire, de coma. On a constaté également des cas de mort subite.

La *thyroïdectomie* est grave par elle-même, et, en dépit de toute prévision et de l'habileté de l'opérateur, est entourée de dangers pouvant apparaître au cours de l'opération ou dans les jours qui la suivent. Ce sont : 1° La fièvre post-opératoire avec ses accidents généraux; 2° la mort subite; 3° la tétanie; 4° l'hémorragie ; 5° les accidents dus aux lésions de la trachée ; 6° des troubles de la voix; 7° des complications broncho-pulmonaires ; 8° de la dysphagie. Les effets de l'intervention sont inégaux sur les différents symptômes de la maladie, et l'intervention lui donne même quelquefois un coup de fouet.

Quant à la *section du sympathique cervical*, préconisée en ces derniers temps par Jaboulay, Jonnesco, elle est encore de date trop récente pour qu'on puisse en apprécier d'une façon décisive les résultats ; on a déjà signalé pourtant, dans le cas de M. Gérard-Marchant, une récidive, et ce genre d'intervention ne peut certes pas compter parmi une des plus simples et des moins conséquentes de la chirurgie moderne. — L. Flœrsheim.

**Tumeurs mixtes du voile du palais.** — Dans l'ensemble des tumeurs mixtes des glandes salivaires, les tumeurs du voile du palais ont une individualité clinique bien établie tant par les troubles spéciaux auxquels leur présence donne lieu que par leur évolution.

Leur étude histologique et clinique, leur pathogénie si controversée ont repris, dans ces derniers temps, un regain d'actualité ; par l'apparition du mémoire de Berger (*Revue de Chirurgie*, mai, juin, juillet 1897) et de la thèse de Pitance (th. de Paris, 1897).

C'est Michon qui publia le premier, en 1852, un cas d'adénome du voile du palais, qui peut-être considéré comme le point de départ de l'étude de ces tumeurs.

A sa suite, Lebert, puis Debout étudièrent ces tumeurs et les rattachèrent aux hypertrophies glandulaires simples ; c'était l'époque où régnait en maîtresse la théorie de l'adénome et tous les cas publiés à cette époque sont considérés comme tels.

Cependant, Richard, en 1856, avait émis des doutes sur l'uniformité d'interprétation de tous les cas, mais il ne fut pas suivi et ce n'est que vingt ans après que Coyne, puis Barrère adoptèrent, avec preuves à l'appui, une théorie différente ; ils affirmèrent la nature histologique complexe des tumeurs du voile et les considérèrent comme des tumeurs mixtes analogues à celles des grosses glandes salivaires.

Ott, Formegra dans leur thèse, puis S. Paget firent prévaloir cette opinion qui, dès lors, fut considérée comme juste dans le plus grand nombre des cas. On admit, sans contester, que les tumeurs du voile du palais renfermaient divers tissus de la série conjonctive, alliés en proportions différentes et formant une trame dont les mailles étaient occupées pas des éléments cellulaires. Dès lors, c'est sur la nature de ces éléments cellulaires que devaient se baser toutes les discussions.

En 1890, de Larabrie, dans son mémoire à la Société de Chirurgie qui fait date, adopte nettement la théorie épithéliale et considère les masses cellulaires contenues dans la trame mixte comme des cellules épithéliales, émanant des épithéliums glandulaires ; cette théorie glandulaire fut dès lors admise en France et c'est elle que nous retrouvons dans la thèse de Collet et dans le travail tout récent de Berger-Poureux, l'épithélium des culs-de-sacs glandulaires prolifère et forme les masses cellulaires qui sont divisées secondairement par le développement souvent prépondérant de la trame conjective mixte.

En Allemagne, cette théorie fut vivement combattue et Eisenmenger, Nasse, Vollkmann affirmèrent l'origine endothéliale de ces tumeurs. Ils considérèrent les masses cellulaires comme dues à la prolifération de l'endothélium des vaisseaux et nièrent absolument la participation

Digitized by Google

de l'élément glandulaire à la formation de la tumeur.

Il existe donc deux théories absolument opposées : l'une, française, qui propose l'origine épithéliale glandulaire, l'autre, allemande, qui préconise l'origine endothéliale vasculaire.

Pitance, dans sa thèse, met en avant une idée nouvelle et fort séduisante. Se basant sur la présence dans les coupes de certaines formations absolument analogues à des globes épidermiques, il suppose que les tumeurs sont dues à la prolifération de certaines portions de l'épithélium de revêtement ; rapprochant de ses cas ceux décrits par Albarran, dans certaines tumeurs des reins et dans le pancréas, il suppose que quelques lobules épithéliaux émanant de la muqueuse se seraient isolés au milieu de la couche glandulaire, par un processus d'invagination, au moment de la formation même du voile du palais, et que c'est leur prolifération qui produit les tumeurs du voile. L'origine de celle-ci serait donc absolument congénitale et ces tumeurs seraient des épithéliomes, ayant leur origine dans des lobules épithéliaux aberrants de la muqueuse.

Comme on le voit, l'accord est loin d'être fait entre les diverses théories et tant que des faits probants n'auront pas permis d'établir définitivement la prépondérance de l'une d'elles, le doute peut persister. Cependant, la théorie nouvelle que nous venons d'exposer, tout en restant dans le domaine des hypothèses, paraît actuellement la plus vraisemblable.

Comme dans toutes les tumeurs, l'étiologie est ici très obscure, l'hérédité ne joue aucun rôle dans leur développement et l'on ne peut invoquer aucune cause probante.

L'une des caractéristiques de ces tumeurs, c'est d'être complètement isolées des tissus voisins par une capsule fibreuse d'épaisseur variable qui les entoure entièrement et leur donne une mobilité complète aussi bien sur la muqueuse que sur les plans profonds. C'est en grande partie à la présence de cette capsule qu'est due le peu de tendance à la généralisation de ces tumeurs.

Elles se présentent sous forme d'une petite masse variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une orange, très dure, soit uniformément, soit avec des points plus résistants, arrondie et souvent allongée suivant un de ses axes. La coupe présente une surface lisse, sans écoulement de suc au raclage, parfois avec de petites dépressions dues à la présence de kystes interstitiels ; elle est gris-rosée, avec des tractus blanchâtres formant une sorte de trame, parfois on constate la présence de petits nodules nacrés qui sont constitués par du cartilage.

Au microscope, la masse se divise nettement en deux portions, l'une, fibreuse, forme la trame, l'autre, cellulaire, occupe les mailles de celle-ci. Les masses cellulaires se présentent sous forme de boyaux irréguliers pleins ou creux, ou bien de masses sans forme définie et de volume variable, elles sont constituées par des cellules épithéliales à gros noyaux bien colorables, polygonales par pression réciproque. On trouve souvent les petites cellules sarcomateuses avec leurs formes globo ou fuso-cellulaires. Mais le fait caractéristique, c'est la tendance des cellules à la dégénérescence muqueuse qui se présente sous forme d'espaces clairs, réfringents, avec une division cellulaire peu distincte. Certaines de ces figures très caractéristiques sont nettement arrondies, limitées par des cellules cubiques ou aplaties et contiennent soit une matière amorphe, soit des traces de divisions cellulaires sous forme de couches concentriques, ce sont de véritables globes épidermiques. Enfin, indépendamment de ces figures muqueuses, on trouve des lacunes très irrégulières de forme et de grandeur que certains auteurs considéraient comme des kystes vidés et d'autres comme des coupes de glandules.

La trame contient, sur une même tumeur, les différentes formes du tissu conjonctif : tissu fibreux, myxomateux, cartilagineux, dans un rapport très variable suivant chaque cas : le tissu conjonctif a aussi une tendance remarquable à la dégénérescence muqueuse. Cette trame, souvent a une importance prédominante dans la constitution de la tumeur et l'on trouve des boyaux épithéliaux absolument étranglés par la gangue connective. C'est à cette tendance à la prédominance conjonctive qu'est due vraisemblablement la bénignité d'évolution de ces tumeurs histologiquement malignes.

La présence de divers tissus dans la trame d'une même tumeur autorise bien le nom de tumeur mixte qu'on leur donne ; suivant la prédominance de tel ou tel élément, on les appelle : chondromyxome, épithéliome fibromuqueux, chondromyxo-sarcome, etc. L'histoire clinique de ces tumeurs est très brève.

Longtemps inaperçue à cause de son peu de volume et de son indolence absolue, la tumeur est, d'ordinaire, découverte par hasard : elle se présente sous forme d'une bosselure occupant l'un ou l'autre côté du voile du palais sessile, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'une orange, et déviant dans ces cas le raphé et la luette, et, ordinairement facile à délimiter, elle peut présenter une lobulation plus ou moins nette. Elle est plus ou moins mobile suivant qu'elle siège à la partie inférieure, mobile, du voile ou dans sa portion supérieure près de son insertion palatine : jamais elle n'est immobilisée par une adhérence osseuse ; la muqueuse parfois amincie n'est jamais ulcérée et glisse à la surface de la tumeur qui est lisse et arrondie, le plus souvent la tumeur occupe la face buccale du voile : elle peut cependant occuper la face pharyngienne.

Les troubles fonctionnels occasionnés par ces tumeurs sont purement mécaniques et dus à son volume : la voix, la première et la plus souvent atteinte, est nasonnée, peu distincte, rude ; la déglutition est gênée soit parce que la présence continuelle de ce corps étranger au niveau de la base de la langue provoque des réflexes de déglutition

Digitized by Google

fréquents, soit que la tumeur s'oppose au passage des aliments solides et mêmes liquides : ceux-ci peuvent quelquefois ressortir par le nez. La respiration plus rarement et plus tardivement atteinte est gênée, surtout lorsque la tumeur se prolonge derrière la base de la langue il peut même y avoir des suffocations et, dans le cas célèbre de Poncet, le malade mourut d'asphyxie avant qu'on eût pu pratiquer la trachéotomie.

L'état général reste excellent ; dans tous les cas, on n'observe jamais de propagation, de généralisation, ni d'infection ganglionnaire. En un mot, la tumeur garde toujours son caractère bénin.

Cependant, on peut admettre, théoriquement, la théorie de Pérochaud, puisque toutes les tumeurs des glandes salivaires sont de même nature : pour lui, dans leur évolution, il y aurait deux stades : l'un très long, bénin, où la tumeur reste stationnaire et ne provoque aucun trouble, l'autre malin, où la tumeur s'accroît rapidement, s'accompagne de troubles généraux et même d'infection ganglionnaire : ce stade s'observe rarement dans les tumeurs des glandes, jamais dans celles du voile, mais on tire de cette théorie une indication opératoire bien nette, car, si on laissait évoluer la tumeur, peut-être pourrait-on assister au réveil de sa malignité. Dans tous les cas, ces tumeurs évoluent très lentement, car certaines n'ont été opérées que vingt ans après qu'on avait constaté leur présence ; cependant, si certaines paraissent stationnaires durant de longues années, d'autres décroissent notablement en quelques mois, tout en conservant leurs caractères.

Le pronostic est naturellement bénin, mais, lorsque la tumeur est très volumineuse il faut toujours avoir à l'esprit le cas mortel de Poncet.

Le diagnostic, ordinairement, s'impose, l'abcès froid, la gomme ont de tous autres caractères étiologiques et cliniques : commémoratifs, rapidité d'évolution, ulcérations de la muqueuse, forme macroscopique; l'épithélioma de la muqueuse s'accompagne de douleurs, de fétidité, d'engorgement ganglionnaire et est rapidement généralisé.

C'est avec les autres tumeurs bénignes que l'on peut hésiter et avec les tumeurs qui, parties d'un point voisin, out secondairement envahi le voile : dans ce cas les tumeurs ont des attaches osseuses et ne sont, par conséquent, pas mobiles ; de plus, on peut en sentir les ramifications en dehors des limites du voile. Quant aux autres tumeurs bénignes du voile le lipome est plus mou, moins facile à limiter, plus dépressible, le fibrome pur est de consistance plus uniforme et siège de préférence à la face pharyngienne vers le bord libre du voile, on le rencontre aussi vers la luette : ce ne sont d'ailleurs là que des diagnostics spéculatifs, car toutes ces tumeurs ne présentent que des différences histologiques et sont semblables cliniquement.

Le seul traitement à préconiser est l'ablation, mais celle-ci peut-être différée ou faite rapidement suivant les cas. Evidemment, s'il s'agit d'une tumeur petite n'amenant pas de troubles fonctionnels et stationnaires depuis de longues années, on pourra différer l'intervention et même s'en abstenir si l'âge, l'état général, une diathèse rendent l'opération dangereuse.

Mais, quand la tumeur croit rapidement, qu'elle provoque des troubles fonctionnels graves, ou que son volume peut les faire redouter, il faut opérer sans attendre. L'opération de choix est l'énucléation au bistouri : celle ci doit être rapide et complète pour éviter la perte de sang parfois notable, surtout si la tumeur s'est fractionnée ; et les récidives sur place lorsqu'on a laissé un fragment du néoplasme dans la plaie, comme le rapporte Berger dans un de ses cas. L'hémorragie, rarement importante, cède en général, sitôt que les fragments de la tumeur ont été entièrement enlevés par une compression de quelques secondes. Le galvano-cautère ne peut être employé que si le siège de la tumeur rend l'accès du bistouri difficile, ou si l'on craint une juste perte de sang ; mais alors il faut toujours craindre l'hémorragie secondaire. Les suites opératoires sont des plus simples et la plaie est cicatrisée au bout de quelques jours.

En résumé, les tumeurs mixtes du voile du palais sont des tumeurs malignes histologiquement, bénignes par leur évolution : elles doivent leur bénignité à la présence d'une capsule fibreuse qui les entoure complètement et à la tendance des éléments épithéliaux, à la dégénérescence muqueuse, enfin à la prédominance de l'élément fibreux du stroma sur l'élément épithélial : c'est ce stroma qui présente, associées, toutes les formes du tissu conjonctif qui donne à ces tumeurs leur caractère de tumeurs mixtes. — Alcée Durrieux.

---

**L'épicondylalgie.** — On désigne sous le nom d'*épicondylalgie* une affection douloureuse, ayant son siège principal au niveau de l'épicondyle, s'irradiant sur la face externe de l'avant-bras et de la main, dont elle empêche les mouvements.

Se montrant au moment des mouvements volontaires, elle disparaît généralement ou s'atténue à l'état de repos.

Remak avait, par quelques observations, fait pressentir l'existence de cette entité morbide, que le premier, Bernhardt, s'attacha à décrire ; depuis lors, nous devons citer les travaux de Molle (d'Aubenas), de Couderc, de Féré qui a donné à cette affection le nom qu'elle porte, et la thèse récente de Rivière.

Se rattachant par son côté étiologique aux crampes professionnelles, l'épicondylalgie se manifeste surtout chez l'homme, et plus particulièrement chez les musiciens faisant usage d'instruments à cordes, et chez ceux qui écrivent beaucoup ; on peut la rencontrer également chez tous ceux qui se livrent à un travail prolongé des membres supérieurs.

Digitized by Google

Le malade se présente, d'après Molle, toujours de la même façon « le bras demi-fléchi, le coude écarté ; il désigne la région antéro-externe de l'avant-bras comme le siège de douleurs assez vives survenant au cours des mouvements et persistant même au repos. Certains mouvements sont particulièrement douloureux, par exemple ceux qui concourent à l'acte de la préhension, le bras étendu. »

En somme, trois symptômes peuvent mettre sur la voie du diagnostic et permettent de différencier cette affection de toute autre ayant son siège dans la région, telle qu'une arthrite du coude. Ce sont :

1° Une *douleur osseuse*, qu'il faut chercher, — car le malade n'en explique jamais le siège exact, — et qui se localise par la pression au niveau de l'épicondyle et souvent de la cupule radiale.

2° Une *douleur musculaire*, ayant son siège au niveau des muscles qui concourent à l'extension de l'avant-bras, ou à l'extension combinée à la préhension ; cette douleur est rarement spontanée ; elle se montre au maximum, lors d'un mouvement commandé et entraîne à sa suite une diminution de force du membre ; cette diminution de force n'est qu'apparente, ne s'accompagne pas d'atrophie musculaire et n'est liée qu'à la douleur provoquée.

3° Une *impotence fonctionnelle*, qui reconnaît la même cause.

Comme il n'y a pas d'autres signes à l'inspection du membre, qu'il n'y a ni déformation, ni rougeur, ni gonflement, ni paralysie, le diagnostic de névralgie épicondylienne s'impose.

Nous venons de prononcer le nom de névralgie épicondylienne ; pourtant, d'après M. Féré, il ne s'agirait pas, dans ces cas, de névralgie vraie ; la maladie ne peut être rattachée à une altération quelconque d'un cordon nerveux, et, pour lui, la pathogénie en est encore obscure. On en a fait une algie par épuisement musculaire, analogue à celle qu'on rencontre dans les muscles qui ont fonctionné, et même une rupture tendineuse ou musculaire. Il nous semble que l'hypothèse la plus admissible que l'on puisse faire est celle d'une ténosite simple, analogue à la ténosite crépitante, c'est-à-dire ne s'accompagnant ni de rougeur, ni de gonflement, ni de déformation.

L'affection elle-même est assurément bénigne ; mais comme, en outre de la douleur qu'elle provoque, elle s'accompagne d'impotence fonctionnelle et qu'on l'a vue présenter une durée de six mois, il est nécessaire de parer par un traitement précoce à ces accidents : le repos prolongé, les douches sulfureuses, les badigeonnages de teinture d'iode, le massage constituent toute la thérapeutique ; il a été quelquefois nécessaire d'empêcher les malades de se livrer à leurs travaux habituels, lorsque, sous l'influence des mêmes causes, l'affection a récidivé. — L. Floersheim.

## MÉDECINE

**Mycosis du pharynx.** — Cette affection, assez rare, est caractérisée par l'apparition sur les amygdales, la base de la langue, et quelquefois sur la paroi postérieure du pharynx, l'épiglotte, de petits points blancs, ayant la forme de champignons ou de « barbe de capucin » ou de têtes de clou. Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître le leptotrix buccalis dans les points blancs mycosiques, et quelques-uns déduisent d'après cette présence constante que le leptotrix est la cause de la maladie (Colin Cornil). D'après Prévost (*Th. Paris*, 1897), on rencontre non seulement le leptotrix buccalis, mais aussi l'oïdium albicans, le nigrities linguæ, le mycosis sarcine, l'aspergillus fumigatus ; et, dans l'état actuel de la science, on ne peut affirmer que le leptotrix soit le parasite qui engendre la mycose du pharynx. Parfois, on ne rencontre aucun microbe et seulement des lamelles de nature cornée.

L'étiologie de l'affection est encore obscure, et on a surtout insisté sur les causes adjuvantes du développement de la mycose, à savoir l'état catarrhal du pharynx (Krauss, Garel), la dyspepsie, la carie dentaire, l'acidité de la salive, l'amygdalite chronique et à répétition. Colin cite le cas d'une femme enceinte présentant un certain nombre de points mycosiques et qui disparurent spontanément à la suite de l'accouchement. Mais, le plus souvent, la cause étiologique échappe et l'affection n'est dévoilée que par hasard. D'après plusieurs auteurs, la mycose pharyngée serait plus fréquente chez les femmes et dans la seconde enfance.

Guinier pense que le lymphatisme offrirait un excellent terrain, mais on a noté au contraire que la plupart des malades appartiennent à la classe aisée, où l'hygiène a le moins à souffrir. La maladie n'est pas directement transmissible et n'est pas contagieuse (Hemenway).

Cliniquement, l'affection peut siéger sur les différentes amygdales, sur la base de la langue, parfois sur tout le pharynx et se manifeste par deux ordres de symptômes : des symptômes objectifs et des symptômes subjectifs. Ces derniers sont parfois seuls, à tel point que la symptomatologie est presque entièrement objective. Dans certains cas, il y a de la sensation de sécheresse et d'irritation dans l'isthme du gosier, de la gêne ou de la douleur à la déglutition, une sensation de chatouillement, de bande autour du cou, de corps étranger s'accompagnant de toux et de raclement. Thomas a observé des cas avec fièvre et perte de l'appétit. La respiration fétide, mais, rarement a été rencontrée par Gautier. On a pu noter des vomissements, de l'asthme. La voix peut être diminuée quant au ton et devenir rauque.

Bien plus importants sont les signes objectifs dont nous empruntons l'excellente description à Prévost. Les points mycosiques ont souvent la forme de grains de millet, de touffes de champignons rappelant l'aspect de la barbe de capucin ou de plaques jaunâtres simulant des taches diph-

Digitized by Google

tériques ; le toucher donne la sensation de saillie et, en effet, les mycoses saillent de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse Ils sont unis à leur surface, ou bien irréguliers, frangés, d'un blanc jaunâtre, et se détachent avec assez de difficulté à cause de la pénétration des microbes dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement amène parfois un petit suintement de sang. Thomas donne à la description de ces points deux formes ; la forme diffuse et la forme circonscrite. Dans la forme diffuse, la langue est recouverte totalement d'une masse brillante comme du lait, qui fréquemment est suffisamment dense. Les mouvements de la langue et la sensation de goût ne sont pas perdus, et la santé générale n'est pas atteinte. Dans la forme circonscrite, des points brillants apparaissent, et la membrane muqueuse, autour d'eux, conserve sa couleur rose. Un des principaux caractères de ces clous mycosiques est qu'ils sont très tenaces ; et, quand on les enlève avec la pince, ils se reproduisent rapidement à la même place, parfois dans les 24 heures. Quelquefois, ces clous filaments se réunissent en formant une membrane. D'autres fois, ils sont cornés et pointus et rassemblés en forme de grappe, comme les grains de figue, ou en forme des plaques musculaires. La lésion siège, par ordre de fréquence, aux amygdales, à la base de la langue, dans les fossettes glossoépiglottiques, les parois postérieures et latérales du pharynx, au milieu des piliers, de la voûte nasopharyngée des fosses nasales. Parfois, l'épiglotte est atteinte et aussi la membrane interarytenoïdienne, Vanderpool dit que le siège de prédilection est l'amygdale gauche. La marche de l'affection est lente ; sa disparition peut être spontanée avec le temps.

Le diagnostic est en général facile avec l'*amygdalite lacunaire*, car, dans cette dernière, les points sont mous et friables, demi-liquides et non adhérents. Parfois, il existe des *bouchons de mucus et d'épithélium* dans les lacunes des amygdales, mais ils sont de couleur jaunâtre, toujours isolés et s'enlèvent facilement. Une légère pression, une quinte de toux suffisent pour les faire sortir de leurs loges.

Les *kystes lacunaires* des amygdales forment des élévations plates transparentes, jaunâtres, isolées et occupant habituellement le sommet des amygdales.

Les *concrétions calcaires* sont plus grosses, ne récidivent pas et rendent sous le stylet un son pierreux.

Les *concrétions caséeuses* dans la pharyngite granuleuse sont plus molles et moins adhérentes.

La *kératose pharyngée* de Brown-Kelly où on note aussi la présence de leptotrix se distingue de la mycose, en ce que les excroissances sont rudes très adhérentes, de forme caractéristique. Prévost n'admet pas cette variété.

Le pronostic est favorable malgré une résistance au traitement qui doit être actif. Après nettoyage de la gorge avec des gargarismes chauds, avec une solution de résorcine au 1/100 on pratique soit l'extirpation avec la pince nasale de Duplay (Castex), soit la cautérisation galvanique ou thermique suivie d'attouchement avec des solutions de chlorure de zinc au 1/20, d'acide lactique (Hemenway), d'hyposulfite de soude (Webster), d'acide chromique (Wagnier), d'acide tannique (Semon), de sublimé à 2/1000 (Jacobson), de chlorure de zinc ioduré (Labit), selon la formule :

| | |
|---|---|
| Chlorure de zinc fondu en plaques | 45 grammes. |
| Eau | 25 — |
| Iodure de potassium | 70 — |
| Iode | 4 gr. 25 |

ou de perchlorure de fer (Colin). Simultanément, on fera des gargarismes à la résorcine ou au chlorate de potasse. — M. D.

## OBSTÉTRIQUE

**De la céphalométrie intra-utérine.** — Un des problèmes les plus ardus de l'obstétrique est d'établir la conduite à tenir en cas de rétrécissement du bassin. Consulté pendant la grossesse, le praticien a le choix entre plusieurs manières de faire, fort différentes à tous égards ; depuis l'expectation pure et simple jusqu'à l'opération césarienne, en passant par l'accouchement provoqué, le forceps, la version, l'embryotomie, l'avortement provoqué, la symphyséotomie, il y a toute une gamme dont il est difficile de savoir jouer. On ne peut se déterminer qu'en pleine connaissance de cause, et la première chose à faire c'est de bien étudier le bassin à travers lequel l'accouchement doit se faire. Supposons cet élément connu ; il en reste un autre à apprécier, c'est le volume du corps fœtal qui est appelé à franchir le rétrécissement, et particulièrement les dimensions de la tête.

Mesurer la tête fœtale dans l'intérieur de l'utérus, voilà un intéressant objectif.

Lorsque, pendant le travail, le col est suffisamment dilaté, on peut recourir à la mensuration de la tête par les voies génitales en appliquant soit le forceps, soit le levier mensurateur de M. Farabeuf. Mais, avant tout début de travail, le col étant fermé, comment faire ?

Laissons de côté le procédé trop approximatif d'Ahlfeld. Il en est deux autres auxquels on a le droit de demander des renseignements utiles, c'est d'une part, le palper mensurateur qui établit les rapports existant entre les dimensions du bassin et celles de la tête ; c'est, d'autre part, la céphalométrie externe, ou procédé de Perret, décrit par son auteur en 1895, et repris tout récemment par le Dr Constans.

Le palper mensurateur est bien connu. Pour le second moyen, voici comment on procède, d'après Perret :

« La femme étant couchée sur le dos, on place les mains de chaque côté du ventre comme lorsqu'on veut reconnaître si la tête est engagée ou non ; si elle l'est, inutile d'aller plus loin, l'accouchement est possible ; mais si

Digitized by Google

elle ne l'est pas, on la place autant que possible en position transverse. Les draps et couvertures sont roulés sur a face antérieure des cuisses et forment ainsi un coussin qui supportera tout à l'heure l'arc gradué du céphalomètre de Budin, dont on va se servir.

« On saisit les extrémités des branches de cet instrument tout près du bouton terminal et de manière que ce bouton soit maintenu entre le médius et l'annulaire par l'extrémité de la phalangette de chacun de ces doigts, et on recommence à palper la tête.

« On applique ainsi, en même temps que la pulpe des doigts, les boutons du céphalomètre, l'un sur le front, l'autre sur l'occiput. L'instrument étant ainsi placé, on lit sur l'arc gradué l'écartement des deux branches, on retranche de la grandeur trouvée l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on obtient en faisant un pli à cette paroi et en mesurant l'épaisseur de ce pli. Le reste de la déduction représente la grandeur du diamètre occipito-frontal ; et si on se rappelle que, chez un fœtus à terme, le diamètre bi-pariétal mesure 25 millimètres, de même que l'occipito-frontal, en retranchant 2 cent. 1/2 de la longueur trouvée tout à l'heure, on aura la grandeur du diamètre bi-pariétal. »

La céphalométrie de Perret donne une approximation assez juste puisqu'on ne la néglige pas.

En présence d'une femme rachitique, pour savoir ce qu'il doit faire, l'accoucheur est d'abord obligé d'étudier avec soin le bassin dans sa forme et dans ses dimensions ; puis, à l'aide du palper mensurateur et de la céphalométrie de Perret, il recueillera des notions précieuses sur le volume de la tête fœtale. Ainsi renseigné, il sera dans les meilleures conditions pour régler sa conduite avec le plus de chance de succès possible. — Demelin.

## OTOLOGIE

**Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche.**—Après quelques considérations sur l'impuissance reconnue des différents moyens thérapeutiques employés pour combattre l'otite moyenne chronique sèche, M. Moure (1) étudie les cas qui peuvent être favorables à une intervention chirurgicale (épaississement du tympan, rigidité de l'appareil de transmission du son, intégrité du nerf acoustique). Il est indispensable en effet, et tous les otologistes sont d'accord sur ce point, que, pour opérer avec quelques chances de succès, l'appareil nerveux soit intact, et seul l'examen fonctionnel complet du malade permet de déceler d'une manière à peu près absolue l'intégrité ou la participation du nerf acoustique dans les cas où la lésion est légère. La paracentèse exploratrice du tympan constitue également une bonne indication, parce que les cas dans lesquels cette opération améliore l'ouïe sont certainement les plus favorables à l'intervention plus complète. Les opérations que l'on peut pratiquer dans ces cas varient, depuis la simple perforation du tympan, la ténotomie du muscle tenseur, la mobilisation de la chaîne, et de l'étrier, jusqu'à la myringodectomie totale avec l'ablation du manche du marteau, la suppression de toute la chaîne, y compris l'étrier.

La plupart de ces interventions semblent avoir été délaissées, et seule la myringodectomie avec l'ablation d'une partie du marteau ou la suppression du tympan, du marteau et de l'enclume, en laissant l'étrier, paraissent être les opérations auxquelles se sont ralliés la grande majorité des otologistes opérateurs.

M. Moure discute ensuite la question de savoir si l'opération doit être pratiquée par les voies naturelles (conduit auditif), ou s'il faut au préalable décoller le pavillon, à faire sauter la paroi postéro-supérieure du conduit osseux (opération de Stacke), pour aller à la recherche des osselets.

Comparant les résultats obtenus par ces deux méthodes, M. Moure pense que l'opération par les voies naturelles, tout en étant beaucoup plus simple et beaucoup plus facile à pratiquer, donne des résultats définitifs, tout aussi bien que l'opération par la voie externe, qui est beaucoup plus sérieuse, beaucoup plus ennuyeuse à supporter, cette dernière n'a d'avantages que pour l'opérateur, qui peut ainsi agir à ciel ouvert, voyant très exactement ce qu'il fait. pouvant même souvent dépasser le but qu'il se proposait, en agissant trop fortement sur l'étrier et par son intermédiaire sur le labyrinthe, tandis que, par les voies naturelles, aucun délabrement interne n'est possible, à moins de faire des manœuvres brutales dans l'intérieur de la caisse.

(1) Congrès de Moscou.

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

**Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs.** — Dans les travaux, d'ailleurs très remarquables, qui ont été publiés au cours de ces dernières années, on a absolument laissé de côté l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans les états physiologiques et pathologiques de l'appareil digestif ; ou, du moins, on ne s'en est occupé que pour réduire sa pathologie à l'atonie. Il faut cependant réfléchir que, quand un muscle est frappé d'atonie, c'est, ou bien que le système nerveux qui l'anime est lui-même atteint, ou que le muscle a été soumis à un travail excessif ou trop prolongé ; l'atonie est une conséquence, dont il n'est pas oiseux de rechercher la cause. C'est cette importante période d'activité exagérée maladive, de la fibre musculaire des voies digestives qu'il faut désormais faire entrer en ligne de compte dans l'étude des affections digestives.

Si les fonctions physiologiques dévolues à l'estomac et à l'intestin ne peuvent aucunement s'accomplir sans l'intervention directe et constante de leur tunique musculeuse, par contre il faut bien reconnaître que toutes les

Digitized by Google

affections de ces organes retentissent sur elle par la voie du système nerveux, en produisant d'abord le spasme et la contracture, plus tard, mais plus tard seulement, l'atonie et la dégénérescence. Spasme et contracture ne sont que la réaction des fibres musculaires lisses de l'appareil digestif en présence de l'état pathologique de la muqueuse et de ses sécrétions, ou des tiraillements que l'organe peut subir dans ses déplacements (ptoses). De plus, considérant la richesse nerveuse du tube digestif avec son double plexus, je pense que, sous la seule influence du système nerveux, il peut se produire une susceptibilité, une irritabilité de la fibre musculaire lisse (états moraux, fatigues, surmenage, névropathie, hystérie), capable d'engendrer à elle seule le spasme et la contracture et les phénomènes pathologiques qui en sont la conséquence.

Quand le tube digestif est affecté de spasme et de contracture, que l'affection soit primitive ou secondaire, la circulation intérieure et l'élaboration des matériaux de la digestion se trouvent arrêtées, de même que leur absorption et l'élimination de leurs résidus ; la circulation sanguine rencontre elle-même des difficultés qui, ajoutées à l'irritation des plexus nerveux gastro-intestinaux, exercent une influence fâcheuse sur l'état général de la constitution. Il se crée aussi des états morbides qui varient suivant la localisation des phénomènes de spasme et de contracture, et sur lesquels l'auteur appelle l'attention. En face de ces obstacles mécaniques, il faut reconnaître l'impuissance de la thérapeutique pharmaceutique. Que peuvent en une telle occurence les digestifs, les absorbants et les antiseptiques ?

Il importe donc de savoir reconnaître ces états si importants de spasme et de contracture des différentes régions du tube digestif, et de savoir quelles sont les régions qui peuvent en être affectées, et pourquoi certaines régions plutôt que d'autres. Une sorte de massage particulier, à la fois doux et pénétrant, et surtout très calmant, désigné sous un nom qui le définit, la *palpation prolongée*, constitue à la fois le moyen de diagnostic et le procédé de traitement ; son effet est certain et généralement très rapide, pourvu que l'on sache où et comment il faut l'appliquer.

De même que les spasmes des organes abdominaux (utérus, vessie) peuvent se communiquer au tube digestif, de même le spasme et la contracture des différentes portions du tube digestif retentissent souvent sur les organes voisins (canal cholédoque, ictère ; utérus, vessie, urètre). Ces spasmes secondaires cèdent, sans traitement particulier, dès que l'on fait cesser ceux du tube digestif qui les avaient engendrés. Ce procédé ouvre donc une voie nouvelle et très féconde, aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique. — Dr J. Geoffroy (de Paris) (1).

(1) Congrès de Moscou, août 1897.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**La syphilis arquise du cœur.** — Au début de la syphilis, le cœur est souvent atteint de troubles dits fonctionnels. D'après Grossmann, on doit soupçonner des lésions du cœur encore inconnues, non pas des valvules, mais du muscle. Elles entraînent de l'insuffisance du cœur, mais guérissent. En somme, comme lésions syphilitiques du cœur, on ne connaît que les gommes ; elles peuvent se caséifier, surtout par un traitement spécifique trop actif, ou devenir fibreuses ; elles peuvent donner naissance à un anévrysme du cœur *(Münch. med. Wochenscrift)*.

D'après Virchow, il existerait une myocardite fibreuse interstitielle. L'auteur a constaté une myocardite syphilitique sans gommes, due à l'altération spécifique des vaisseaux. Les lésions syphilitiques du péricarde et de l'endocarde sont très rares ; en particulier, les valvules jouissent d'une immunité relative et ne sont atteintes que secondairement, à la suite des lésions du myocarde. — Bd.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 31 août 1897*

M. Cadet de Gassicourt lit le discours prononcé aux obsèques de M. Luys.

### Congrès de Moscou *(Section d'odontologie)*

La section d'odontologie annexée à la section de chirurgie, contenait peu d'éléments français et était représentée officiellement par le docteur Marchandé, vice-président délégué de la Société de stomatologie, et par le Dr Sauvey, membre délégué de la Société médicale des dentistes des hôpitaux. La majorité du Congrès, en dehors de la nationalité russe, était essentiellement représentée par l'Allemagne ; c'est dire que la langue officielle a été peu employée.

A citer plusieurs questions de pédiatrie, particulièrement l'examen de la bouche des enfants dans les écoles, qui ont occupé plusieurs séances ; mais on peut dire que les communications de stomatologie pure ainsi que les démonstrations pratiques ont été très écourtées. Cependant, les odontologistes français sont heureux de proclamer bien haut l'accueil enthousiaste et flatteur qu'ils ont reçu de leurs confrères russes. — M.

## BIBLIOGRAPHIE

**Introduction à la médecine de l'esprit**, par le Dr Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux de Paris (un vol. in-8° de 477 pages. Prix fort : 7 fr. 50. Paris, 1897, Alcan éditeur.)

Voici d'abord les divers chapitres de ce livre :

I. *L'enseignement de la Salpêtrière.* — II. *Les médecins et la justice.* — III. *Les médecins et la littérature.* — IV. *Les médecins et la psychologie.* — V. *La fatigue et la force humaines.* — VI. *La paresse et son traitement.* — VII. *La tristesse et son traitement.* — VIII. *La médecine des passions.* — IX. *La colère et son traitement.* — X. *La morale moderne.*

Dans son avant-propos, l'auteur indique, mieux que je ne saurais le faire, les tendances de son œuvre :

« Peut-être jugera-t-on que ce livre vient à son heure au mo-

Digitized by Google

ment où le romancier, le journaliste et l'auteur dépensent des trésors d'indignation ou d'ironie pour mettre en lumière les inévitables abus, les éternels travers, les menus torts de la corporation. On y verra que nous avons semé plus d'une parole utile à l'élargissement, à l'émancipation de la pensée humaine; c'est à montrer cela que je consacre la première moitié de cet ouvrage. On y verra, dans la seconde, que nos études en psychologie physiologique aboutissent à une morale, à une thérapeutique d'âme efficace, vraiment. La connaissance du cerveau de l'homme n'est pas que désillusion et désenchantement : elle mène pratiquement à la raréfaction de la souffrance, à moins de gaspillage, à une utilisation moins imparfaite, à une culture du Moi. »

Un travail de ce genre est difficile à analyser complètement, et il faut le lire en entier pour en bien comprendre et mesurer la portée. Dans le chapitre sur « la colère et son traitement » qu'on peut citer comme exemple, il y a un tableau des plus saisissants sur la colère des névropathes hypersthéniques et des névropathes déprimés, distinction fondamentale puisqu'elle dicte une thérapeutique contraire; et que de différences encore entre les hystériques avec leurs colères d'enfant, et les alcooliques ou les épileptiques dont la brutale fureur manque totalement du contrepoids de la volonté !

Plus tard — et je crois qu'il nous l'a promis — l'auteur voudra parachever son œuvre; il étudiera les passions et la colère en particulier aux différents âges, surtout chez l'enfant dont Herbert Spencer, dans son admirable livre sur « l'éducation intellectuelle, morale et physique », a montré si judicieusement le traitement préventif. Le grand philosophe anglais estime que « la colère chez les parents et les enfants, de quelque cause qu'elle provienne et quelque forme qu'elle prenne, est toujours désastreuse ». Par conséquent, l'hygiène des passions, si elle veut être préventive et véritablement efficace, doit commencer dès l'enfance, si prompte à subir la contagion aussi bien morale que physique; et s'il est bon de vouloir guérir cette sorte de folie transitoire qu'on appelle la colère, il est non moins important de chercher à la prévenir chez l'enfant, non par le ton irascible des parents qui devient ainsi un exemple contagieux et « désastreux », pas plus que par les châtiments, mais par une éducation morale spéciale. « En matière d'éducation, a dit John Locke, les châtiments sévères font peu de bien, et peuvent faire beaucoup de mal; et les enfants qui ont été le plus châtiés ne font pas les meilleurs hommes. »

M. Maurice de Fleury estime, avec juste raison, que les médecins de notre temps ayant trop de modestie professionnelle, ne semblent pas se douter de l'importance de leur art, et il pense qu'un jour viendra où la médecine sera en mesure de résoudre une bonne moitié de la question sociale, en enseignant « la crainte de l'alcool, l'amour du logis propre, la régularité des heures pour le travail et le repos, la crainte de l'oisiveté et la science de préserver ses enfants des microbes, la science de moins mourir et de mieux vivre... La sociologie ne s'est constituée, ajoute-t-il, que du jour où l'on s'est avisé de comparer l'organisme social à l'organisme humain et d'en faire la physiologie. »

Qu'il nous permette de le lui dire : ce sont là de généreuses illusions. La question sociale ne pourra jamais être résolue, même en partie, par l'hygiène médicale, parce que la plupart de ses apôtres n'ont pas une maladie de l'esprit, mais une malformation, une infirmité du caractère, parce que la convoitise humaine est éternelle, parce qu'il y aura toujours des orateurs bruyants de réunions publiques dont il parle, propres à attiser les « haines inutiles », et des philosophes trop silencieux pour enseigner et faire entendre que le bonheur humain est tout entier contenu dans cette formule opportuniste : l'adaptation de la vie aux circonstances.

Et, puisque j'analyse l'œuvre, non seulement d'un médecin, mais d'un lettré, je prendrai la liberté de lui rappeler les théories du collectivisme qu'Aristophane place dans la bouche d'un de ses personnages, de Pratagora, il y a de cela 2,350 ans, preuve que la maladie du mauvais socialisme est presque incurable :

« Que nul ne me contredise, ni ne m'interrompe avant que j'aie développé mon système. Je veux que tous participent à tout, et que les biens soient en commun : il n'y aura plus de riches et de pauvres ; on ne verra plus, l'un moissonner de vastes domaines, tandis que l'autre n'a pas de quoi se faire enterrer, ni l'un s'entourer d'un peuple d'esclaves, tandis que l'autre n'a pas un serviteur ; j'entends qu'il n'y ait plus pour tous qu'une seule et même condition... Je commencerai par mettre en commun les terres, l'argent, tout ce qui est fortune privée. Puis, nous vous nourrirons sur ce bien commun que nous prendrons soin d'administrer avec une sage économie » (1).

Me voilà loin, dira-t-on, du livre que j'analyse, et l'on pourrait me reprocher de parler *à côté* de lui. Nullement. Il s'agit ici d'une œuvre qui fait penser, qui suggère de nombreuses et fécondes réflexions ; et elle est instructive, non seulement par ce qu'elle contient, mais aussi par ce qu'elle fait comprendre et voir au delà. Le livre fermé, on sent l'ouvrier s'effacer devant l'œuvre, comme le voulait G. Flaubert; on continue à lire encore dans sa propre pensée comme dans celle de l'auteur, à discuter ou au moins à développer ses idées, à en sentir naître d'autres dans l'esprit. Et c'est là, sans parler des qualités de l'écrivain, un éloge que l'on adresse bien rarement à un livre. — H. H.

**Genèse et nature de l'hystérie**, par le Dr Paul Sollier. (2 vol. in-8°, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Ce travail est divisé en deux parties. La première (tome I) comprend l'exposé des faits et les doctrines. L'auteur indique d'abord la façon dont il a été amené à faire les recherches qu'il expose, la genèse même de sa conception de l'hystérie et les phénomènes qu'il fut à même de constater immédiatement dans leur ensemble. Ensuite sous le titre : *Réactions liées au réveil de la sensibilité*, il analyse ces phénomènes de la façon la plus précise possible. Puis allant du composé au simple, toujours par voie d'analyse, il interprète à la lumière des faits précédemment démontrés, *les accidents hystériques somatiques*, *les accidents mentaux*, et *les stigmates*. Enfin, procédant par synthèse, il groupe tous ces faits pour s'élever à une *conception générale de l'hystérie*, qu'il expose dans un chapitre final. Toutes les théories proposées par M. Sollier sont appuyées sur des observations et des faits cliniques rédigés avec le plus grand détail et au jour le jour, qui constituent la matière de la deuxième partie (tome II) de l'ouvrage. Ces documents par eux-mêmes, en dehors de la question de doctrine, offrent un grand intérêt au point de vue thérapeutique et psychologique, l'observation clinique et l'expérimentation s'y contrôlant réciproquement.

(1) Aristophane. *Traduction nouvelle*, par C. Poyard (1892, page 460).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

*Hôpital Pascal.* — M. le Dr L. Brocq

**Les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées**

Je ne saurais trop vous engager à étudier avec soin la malade que je vous présente, car elle est atteinte d'une dermatose encore assez mal connue et pour ainsi dire peu ou point décrite ; et cependant je ne la crois pas aussi rare que ce préambule pourrait vous le faire supposer.

Cette femme, qui a 60 ans, est née en Seine-et-Marne, mais elle habite Paris depuis l'âge de 15 ans. Elle n'a pas pu nous donner de renseignements précis sur la santé de son père ni sur celle de sa mère. Elle a eu un frère qui est mort paralysé, et une sœur qui a eu de l'asthme et de l'eczéma dès sa naissance. Sauf une rougeole qu'elle aurait eue pendant son enfance, notre malade n'a aucun antécédent pathologique bien remarquable : elle a eu deux enfants ; un fils qui est bien portant quoiqu'il ait été ajourné par le conseil de révision pour faiblesse de constitution, et une fille qui est venue nous consulter il y a quelques semaines pour de l'eczéma séborrhéique du visage.

L'affection pour laquelle elle réclame aujourd'hui nos soins a commencé il y a 15 ans environ, alors qu'elle avait 45 ans. Elle a d'abord souffert de démangeaisons généralisées, la peau paraissant indemne de toute éruption ; puis, peu à peu, lentement, elle a vu survenir des plaques rouges qui n'ont été nettement constituées que deux ans après le début des premiers phénomènes morbides.

Depuis lors, la dermatose a toujours continué à évoluer, présentant des rémissions fort nettes pendant l'été, des aggravations en hiver. Mais elle est devenue depuis de longues années à peu près complètement indolente. Le prurit est pour ainsi dire nul. Néanmoins les phénomènes éruptifs, loin de diminuer d'intensité, ont au contraire depuis dix-huit mois augmenté d'une manière tellement notable que, malgré l'absence de presque tout symptôme douloureux, cette femme qui, jusqu'ici, ne s'était guère inquiétée de son mal, s'est enfin décidée à venir nous consulter.

Son aspect général est bon. Elle ne paraît nullement plus vieille que son âge : toutes ses fonctions s'exécutent à merveille. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'éruption qu'elle présente est essentiellement constituée, comme vous le voyez, par des plaques disséminées çà et là sans ordre apparent sur presque tout le corps, mais surtout sur les membres inférieurs. Elles y sont fort nombreuses, de telle sorte que les téguments offrent assez exactement sur les cuisses l'aspect de la peau du léopard. Elles sont séparées par des bandes plus ou moins larges de peau saine. On en trouve également sur les jambes, en particulier sur les mollets, sur les fesses où elles sont plus petites qu'aux membres inférieurs, sur le flanc droit, à l'hypogastre, sous le sein gauche, à la face postérieure des bras. La tête a toujours été indemne.

Leur forme générale est celle d'un cercle ou d'un ovale plus ou moins régulier. Parfois, comme au-dessus du genou droit, elles affectent l'aspect d'une bande assez allongée. Elles sont rarement très irrégulières et circinées par confluence de deux ou de plusieurs plaques primitives ; nous avons cependant observé cette disposition chez d'autres malades.

Leurs contours sont assez nettement arrêtés ; cependant elles n'ont pas les limites précises des plaques de psoriasis par exemple. De loin elles paraissent bien circonscrites ; mais, quand on les examine de près, on voit qu'il est en réalité assez difficile de les cercler d'une ligne précise et régulière. Cela tient surtout, ce nous semble, à ce qu'elles ne font pas la moindre saillie au-dessus des régions voisines. Vers leurs bords, le doigt ne perçoit aucun ressaut, l'œil ne distingue aucun relief vraiment appréciable.

Il ne semble pas y avoir, comme vous pouvez vous en assurer par le toucher, aucune infiltration des téguments à leur niveau. La peau y est souple : elle se laisse plisser comme aux endroits où elle est normale ; peut-être cependant le bourrelet que l'on forme en la prenant entre deux doigts est-il, à l'œil, un peu plus épais qu'aux régions voisines de peau saine, mais il est bien difficile de l'affirmer.

L'aspect de ces plaques est caractéristique dans sa simplicité. Elles sont d'un rouge pâle, plutôt rosé, tirant par endroits un peu sur le bistre. Cette teinte est uniforme : elle ne devient un peu plus foncée et un peu plus bistrée que vers la partie inférieure des jambes, comme c'est la règle dans toutes les dermatoses par suite d'une circulation un peu imparfaite en ces points. Pour une raison analogue, les plaques du tronc sont pour la plupart un peu plus pâles que celles des cuisses. Nous avons pu nous assurer chez cette malade que ces légères différences de teinte tendent à s'atténuer par le repos au lit.

Sur ce fond d'un rouge clair, se voient de nombreuses squames blanches, petites, de un à deux millimètres de diamètre moyen, atteignant rarement trois millimètres de diamètre, parfaitement sèches, pityriasiques en un mot dans toute l'acception du terme. Elles se reproduisent d'une manière incessante, avec rapidité.

Actuellement la malade n'éprouve aucune sensation douloureuse au niveau de ces lésions. C'est à peine si parfois elle ressent quelques démangeaisons pour ainsi dire imperceptibles. Cependant, vous pouvez retrouver sur quelques plaques de la partie interne des cuisses des vestiges de lichénification sous la forme d'exagération des plis du derme et d'une fort légère infiltration des téguments à ce niveau. Cela semblerait indiquer qu'il se produit parfois un peu de prurit suivi de grattage ; mais ces modifications peuvent aussi dépendre des traumatismes divers auxquels ces régions sont incessamment soumises

Digitized by Google

chez les femmes (frottements des cuisses l'une contre l'autre, etc...). Aussi croyons-nous qu'on ne doit pas dans l'espèce y attacher trop d'importance. L'interrogatoire précis et l'observation assez prolongée de la malade nous ont en effet appris qu'elle n'éprouvait vraiment pas de démangeaisons depuis de longues années.

II

Voici donc une dermatose des plus simples d'aspect, uniquement caractérisée par des plaques dont la grandeur moyenne varie de deux à six centimètres de diamètre, et que constituent au point de vue objectif une rougeur assez pâle du derme et une fine desquamation pityriasique. L'évolution est des plus lentes ; d'après le fait présent, d'après les autres cas que nous avons observés, elle dure des mois et des années, augmentant graduellement, rétrogradant parfois, pour s'aggraver de nouveau et ainsi de suite. Les malades qui rentrent dans le type morbide exact dont cette femme constitue un exemple des plus nets, nous ont paru ne jamais avoir de réactions inflammatoires vives du côté de leurs téguments, et ne jamais souffrir de démangeaisons.

Est-il besoin de vous démontrer que cette affection ne peut rentrer dans aucune des grandes dermatoses déjà classées ?

Ce n'est point un *psoriasis avorté*, car on n'y trouve pas le symptôme objectif majeur du psoriasis. Il est impossible par le grattage méthodique d'arriver sur la surface d'un rouge vif, lisse, luisante, parsemée d'un petit piqueté hémorragique pathognomonique. D'ailleurs, elle n'a ni la rougeur, ni la squame stratifiée en tache de bougie, ni la netteté des bords, ni l'infiltration du psoriasis.

Il nous semble tout aussi illogique de la ranger dans le groupe si complexe des *eczémas séborrhéïques*, de nos séborrhéïdes, dont il devient d'ailleurs plus ou moins nécessaire, dans l'état actuel de la dermatologie, de préciser les limites. En effet, nous n'y retrouvons aucun de leurs caractères objectifs. Il n'y a pas d'infiltration dermique notable ; les plaques sont uniformes d'aspect ; elles n'ont ni la teinte, ni la squame, ni les localisations des séborrhéïdes ; elles n'ont pas de tendance à une plus grande activité vers leur périphérie, etc.

Néanmoins il faut bien reconnaître qu'au premier abord cette dermatose a une vague ressemblance avec un psoriasis avorté ou avec un eczéma séborrhéïque psoriasiforme.

Il est inutile de discuter le *pityriasis rosé de Gibert* et ses diverses formes, car son éruption n'a rien de commun avec celle de la maladie à longue évolution que nous étudions.

Quant aux dermatoses diverses comprises sous le nom de *pityriasis rubra*, on sait qu'elles doivent être divisées en plusieurs catégories : d'après nos recherches, d'après les travaux ultérieurs de E. Besnier, de Oro, de Jadassohn, etc., qui ont en grande partie, sinon en totalité, confirmé les résultats auxquels nous étions arrivés, on doit réserver à l'heure actuelle le nom de pityriasis rubra à une éruption chronique, caractérisée au point de vue objectif par de la rougeur diffuse et généralisée du derme qui est plus ou moins infiltré, et par une desquamation sèche, pityriasique, parfois un peu lamelleuse. Il semble qu'il y ait à côté des formes graves, toujours mortelles, primitivement décrites par Hébra, et qui n'ont rien à voir avec notre malade, des formes plus bénignes, pouvant durer plus ou moins longtemps, puis guérir, et qu'il nous faut discuter.

Je n'ai certes point à vous parler à propos de ce cas des *érythrodermies exfoliantes*, du type *herpétide maligne exfoliative*, du type *érythème desquamatif scarlatiniforme* ou *dermatite enfoliative généralisée*, car elles ne peuvent avoir rien de commun avec lui ; il en est à peu près de même des *érythrodermies prémycosiques*, et cependant nous abordons là une question des plus délicates, celles des *éruptions prémycosiques* que nous devons examiner.

Ainsi donc, parmi toutes les formes morbides autrefois rangées dans le *caput mortuum* de l'ancien pityriasis rubra, nous en trouvons de deux ordres qui ont des traits communs avec le fait qui nous occupe, ce sont : 1° *les formes bénignes du pityriasis rubra ;* 2° *les éruptions rouges sèches et desquamantes de la période de début de certains cas de mycosis.*

1° Les formes bénignes du pityriasis rubra n'ont pas encore été bien décrites. C'est un sujet qui est à l'étude. Les cas que nous en avons publiés diffèrent du type que vous avez sous les yeux par une plus grande diffusion de l'éruption qui est généralisée dans la forme dite subaiguë. Mais nous ne voyons pas trop pour quel motif on refuserait de donner à l'éruption que présente cette femme le nom de pityriasis rubra ou de pityriasis rouge en placards disséminés. En effet, cette dermatose n'est constituée objectivement que par de la rougeur des téguments et de la fine desquamation furfuracée, pityriasique. C'est donc au sens ancien du mot un *pityriasis*, et un *pityriasis rouge*. Pour la distinguer de la dermatose à grandes allures et généralisée à toute l'étendue des téguments à laquelle on a depuis les recherches de l'école de Vienne réservé, peut-être à tort, le nom de pityriasis rubra, on n'aurait qu'à lui donner le qualificatif de *en placards disséminés*. Par conséquent, si l'on veut ne pas créer de dénomination nouvelle, s'en tenir comme le demandent beaucoup d'auteurs, aux radicaux anciens et adopter une classification logique au point de vue objectif, c'est dans les pityriasis rubra bénins que l'on doit la ranger.

2° Les éruptions rouges, sèches et desquamantes de la période de début de certains cas de mycosis constituent la véritable pierre d'achoppement pour le type morbide que nons essayons d'établir. En réalité, rien ne peut nous démontrer d'une manière absolument péremptoire, malgré les progrès récents de l'histologie, si nous sommes ou non en présence de formes de début larvées de mycosis. Pendant 14 ans, nous avons pu suivre une jeune femme qui présentait, disséminées çà et là sur toute la surface

Digitized by Google

des téguments, des plaques rouges pityriasiques assez analogues d'aspect à celles que vous constatez chez le sujet que nous étudions, et ce n'a été qu'au bout de ce laps de temps que nous avons vu se former chez elle les premières infiltrations mycosiques. Mais son éruption était éminemment prurigineuse ; les plaques étaient d'un rouge beaucoup plus vif ; dans leur intervalle on trouvait de tout petits éléments assez analogues à de toutes petites papules squameuses, et l'aspect général de la dermatose était beaucoup plus bigarré que dans le cas que vous avez sous les yeux.

Autant qu'il est possible d'affirmer quelque chose en clinique, en attendant que notre savant collaborateur, M. le Dr Veillon, ait pu décider notre malade à se laisser faire une biopsie, on est en droit de soutenir qu'étant donné l'aspect général, la teinte effacée, la desquamation pityriasique et surtout l'absence à peu près complète de prurit, les probabilités sont qu'il ne s'agit pas ici d'un début de mycosis fongoïde. Ajoutons que les ganglions sont indemnes.

Nous sommes donc tout à fait disposés à admettre que nous sommes en présence d'une entité morbide distincte, d'un type clinique caractérisé par : 1° une absence presque complète de prurit ; 2° une évolution des plus lentes ; 3° une disposition en plaques circonscrites, assez bien limitées, de dimensions moyennes, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments ; 4° par une absence pour ainsi dire totale d'infiltration du derme ; 5° par de la rougeur pâle un peu rosée ; 6° par une desquamation pityriasique. C'est donc, en somme, comme nous le disions il n'y a qu'un instant, un pityriasis rubra chronique bénin en plaques disséminées. On pourrait, pour éviter ce nom de pityriasis rubra, qui a déjà tant prêté à la discussion, et pour le distinguer nettement des types classés, le désigner sous le nom générique, créé par M. le Dr E. Besnier, d'*érythrodermie*, et y ajouter les épithètes de *pityriasique en plaques disséminées*, qui précisent nettement la variété objective à laquelle nous avons affaire.

III

Nous ne connaissons dans toute la littérature dermatologique qu'un travail qui traite de faits assez analogues à celui que vous avez sous les yeux : c'est le célèbre mémoire de Unna, Santi et Pollitzer sur la *Parakeratosis variegata*. On y trouve décrites deux maladies dont les éruptions n'étaient pas absolument comparables, mais qui, toutes les deux, étaient chroniques, caractérisées par des plaques et des papules rouges, squameuses, pityriasiques, souvent peu ou point infiltrées, parfois cependant faisant une saillie assez notable au-dessus des téguments voisins, et peu ou point prurigineuses. Il y a là, comme vous le voyez, de sérieuses ressemblances avec le cas actuel qui en diffère toutefois par son unique disposition en assez larges plaques uniformes, par sa teinte moins vive, par son absence presque absolue d'infiltration. Il est bien probable néanmoins que notre malade doit être rapprochée de ceux d'Unna et qu'elle constitue peut être une variété objective de cette fameuse parakeratosis variegata dont l'un des cas que nous avons eu l'occasion d'étudier est beaucoup plus psoriasique d'aspect que celui que vous avez devant vous.

D'ailleurs, d'après les quelques malades de ce type morbide que nous avons déjà pu observer, il nous semble que dans ces érythrodermies pityriasiques en plaques ou dans ces parakeratosis variegata (si l'on adopte la dénomination d'Unna) il doit y avoir plusieurs sous-variétés.

L'une d'elles, et des plus nettes comme type, est incontestablement celle que vous avez devant vous. J'en ai déjà vu d'autres exemples chez des hommes adultes et même chez des enfants. Chez l'un d'eux, âgé de 13 ans, la dermatose, qui datait de plusieurs années et qui ne s'accompagnait d'aucune démangeaison notable, était caractérisée par des plaques arrondies ou ovalaires, plus rarement irrégulières, un peu pigmentées, d'un rouge légèrement bistré, à peine infiltrées, présentant à leur surface des soupçons de quadrillages, et recouvertes de fines squames d'un blanc grisâtre, qui devenaient sur les plaques les plus développées un peu micacées par le grattage. Elles siègeaient surtout aux cuisses, un peu aux hanches, elles étaient à peine marquées sur les avant-bras. Elles paraissaient s'accentuer pendant l'été.

A côté de ce type, il y en a certainement d'autres : celui que Unna a spécialement décrit sous le nom de parakeratosis variegata ; un autre encore dans lequel les éléments éruptifs, qui ne sont pas non plus prurigineux, sont assez minuscules, de la dimension d'une tête d'épingle, d'un pois, de l'ongle ; leur teinte est d'un rose pâle un peu bistré, ils sont recouverts de squames qui deviennent nacrées par le grattage ; ils peuvent par confluence former des plaques ; quand on les regarde obliquement ils donnent une impression de légère dépression du derme ; on hésite en les voyant entre un lichen atrophique ou un psoriasis avorté.

Un autre groupe des plus importants comprend des faits dans lesquels le prurit existe et domine même souvent la scène morbide. Ici la différenciation d'avec les éruptions prémycosiques devient beaucoup plus difficile, peut être faut il les y ranger : la discussion de ces cas nous entraînerait beaucoup trop loin pour que je puisse en aborder l'étude aujourd'hui.

Il vous faut retenir de cette trop longue conférence qu'il y a des dermatoses à allures chroniques, que l'on ne peut confondre ni avec le psoriasis, ni avec l'eczéma séborrhéique pityriasiforme ou psoriasiforme, qui très probablement — mais on ne peut dire sûrement — ne sont pas des phases de début du mycosis fongoïde, et qui sont caractérisées par des plaques rouges ou rosées, squameuses pityriasiques, de dimensions fort diverses, disséminées çà et là sur les téguments et peu ou point prurigineuses. On peut donc les dénommer des *pityriasis rouges chroniques*

Digitized by Google

*bénins en plaques disséminées*, ou mieux, comme nous venons de le proposer, des *érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées ;* certaines de leurs formes ont déjà été décrites sous le nom de *parakeratosis variegata*.

La meilleure médication semble consister à les traiter énergiquement, jusqu'à irritation, par des préparations salicylées pyrogallées ; puis on calme la peau par des pommades à l'oxyde de zinc faiblement salicylées ; quand les téguments ne sont plus enflammés, on recommence les applications actives, et ainsi de suite jusqu'à disparition des lésions. Une seule série de ce traitement a déjà considérablement modifié l'aspect de l'éruption de notre malade.

# CLINIQUE CHIRURGICALE

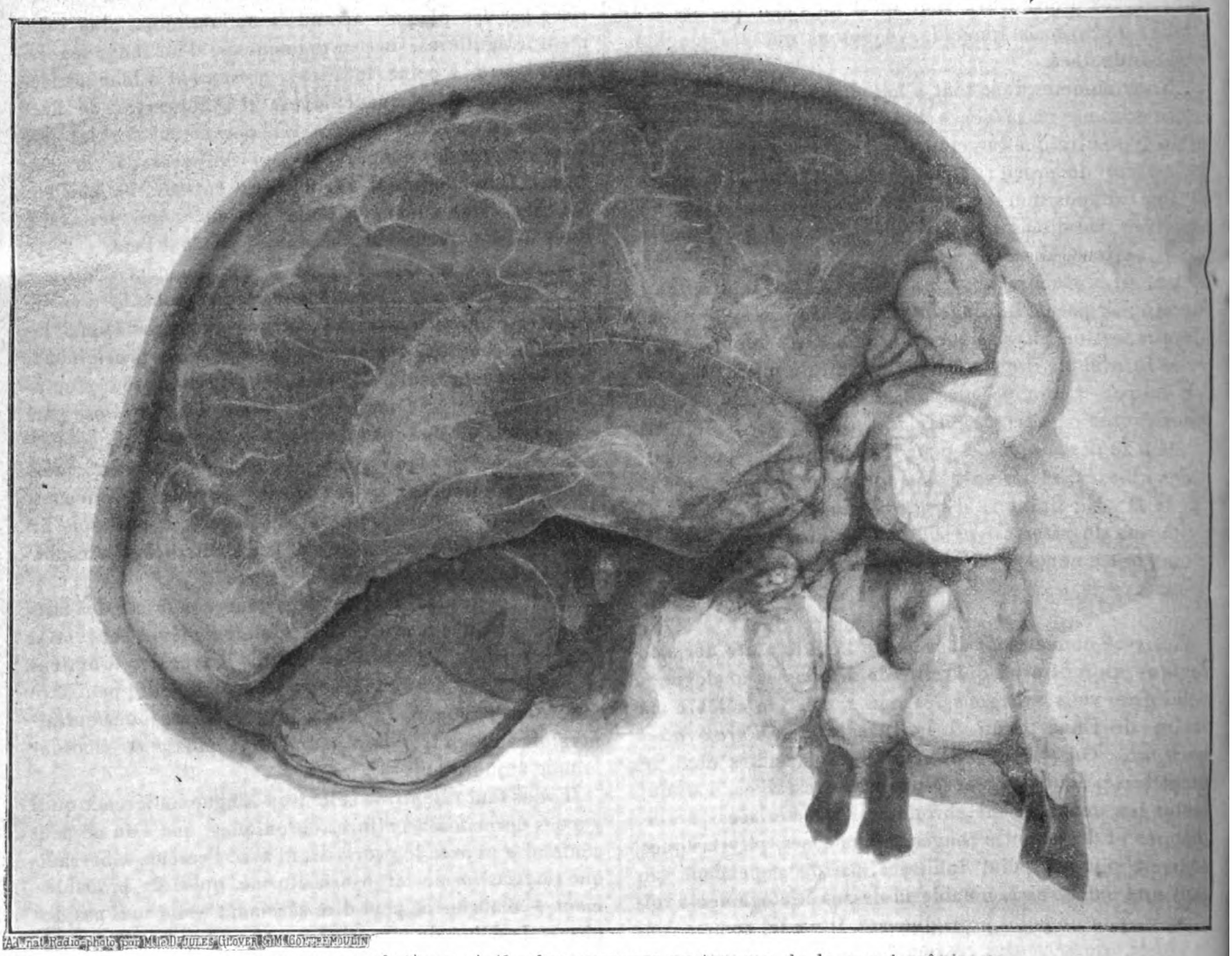
## Recherches anatomo-chirurgicales au moyen de la radiographie

*Topographie cranio-encéphalique.*
*Topographie des cavités osseuses de la face et du crâne.*
*Sinus veineux de la dure-mère*
*dans leurs rapports avec la paroi cranienne.*

Par MM. les Drs Paul Reynier et Jules Glover

Nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui le résultat de différentes recherches anatomiques que nous nous sommes proposé de faire sur le crâne et la face par les méthodes radiographiques.

TOPOGRAPHIE CRANIO-ENCÉPHALIQUE
ÉTUDIÉE AU MOYEN DE LA RADIO-PHOTOGRAPHIE




Les circonvolutions cérébrales aperçues au travers de la paroi crânienne

*Scissures cérébrales. — Sutures crâniennes. — Transparence du ventricule latéral. — Sinus veineux latéral injecté.*

Les scissures cérébrales apparaissent en blanc et les sutures crâniennes en noir sur le cliché. On aperçoit la silhouette blanchâtre du ventricule latéral du cerveau avec ses cornes frontale, occiputale et sphénoïdale.

Digitized by Google

*Résultats.* — Ces recherches nous ont permis de reconnaître :

1° Qu'il est possible d'étudier, en se plaçant au point de vue chirurgical, la topographie crânio-encéphalique par les méthodes radiographiques, en tenant compte des très légères déformations de l'image, incombant à ces méthodes spéciales.

*Par ces méthodes radio-photographiques, il y a possibilité d'apercevoir le cerveau au travers de la paroi du crâne.* De vers de la paroi osseuse, on délimite très exactement les contours et la forme du ventricule latéral de l'hémisphère cérébral. Son image se produit en teinte claire sur le cliché et on reconnaît aisément les cornes frontale, occipale et sphénoïdale de la grande cavité ventriculaire.

Ces essais nous ont aussi permis d'établir :

2° Que l'on peut fixer les rapports immédiats des sinus veineux de la dure-mère et du sinus latéral, en particulier, avec la paroi crânienne chez l'enfant et chez l'adulte.

## RAPPORT DU CERVEAU AVEC LA PAROI CRANIENNE

### DIRECTEMENT ÉTUDIÉS SUR LA PREMIÈRE ÉPREUVE RADIO-PHOTOGRAPHIQUE

S. R. Scissure de Rolando.

S. S. Scissure de Sylvius.

C. F. A. Circonvolution frontale ascendante.

1re C. F. Première circonvolution frontale.

2e C. F. Deuxième circonvolution frontale.

3e C. F. Troisième circonvolution frontale.

C. P. A. Circonvolution pariétale ascendante.

P. C. Pli courbe.

L. P. S. Lobule pariétal supérieur.

L. P. I. Lobule pariétal inférieur.

1re C T. Première circonvolution temporale.

2e C. T. Deuxième circonvolution temporale avec une division postérieure ou troisième temporale.

C. O. Circonvolutions occipitales.

Sut. F. P. Suture fronto-pariétale.

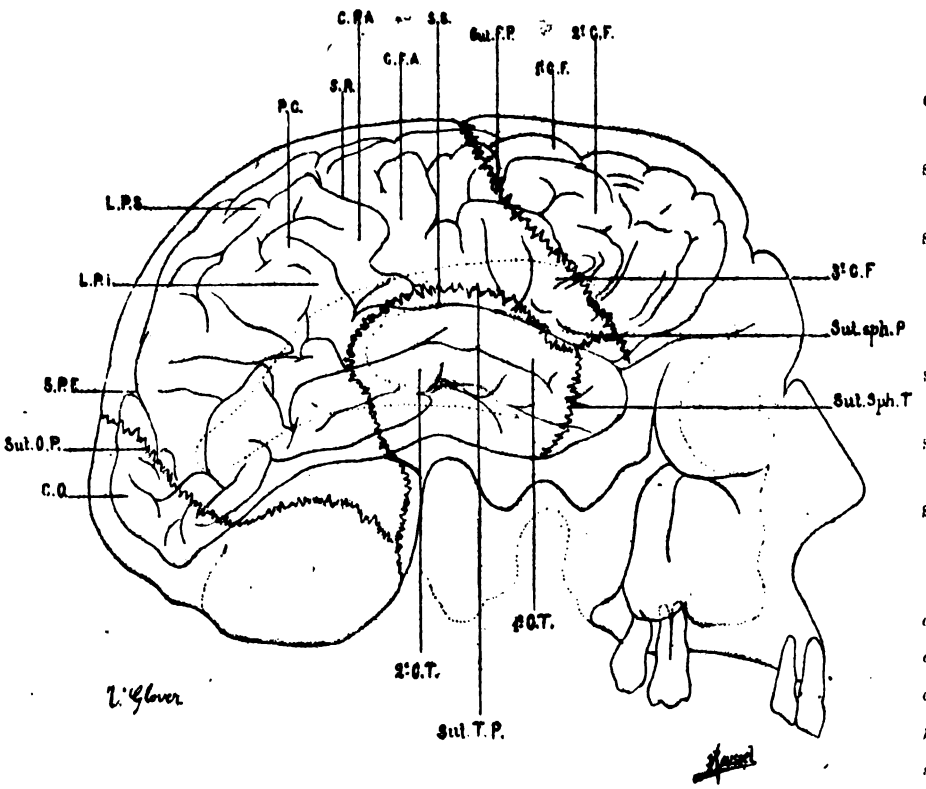
Sut. T. P. Suture de l'écaille du temporal avec le bord inférieur du pariétal.

Sut. sph. P. Suture sphéno-pariétale.

Sut. Sph. T. Suture sphéno-temporale.

Sut. O. P. Suture occipito-pariétale.

*Un trait en pointillé circonscrit la silhouette du ventricule latéral du cerveau avec ses cornes frontale, occipitale et sphénoïdale.*




plus, fait important pour s'orienter dans l'étude de la topographie anatomique crânio-cérébrale, il paraît possible de superposer sur le cliché photographique la silhouette des sûtures crâniennes sur la silhouette des scissures qui séparent entre elles les circonvolutions cérébrales.

C'est presque sans aucun artifice de préparation, pouvant modifier de beaucoup les rapports exacts du cerveau avec le crâne, que l'on peut étudier par ces procédés les rapports immédiats des circonvolutions cérébrales avec les parois crâniennes, rapports si intéressants au point de vue de l'intervention chirurgicale.

De même enfin, nous ferons remarquer que sur l'épreuve des circonvolutions cérébrales aperçues au tra-

Les injections des sinus veineux de la dure-mère faites à l'aide de liquides solidifiables et contenant en suspension des substances métalliques ainsi que quelques autres procédés artificiels, nous ont permis de voir très nettement ces sinus à travers la paroi osseuse. Les radiophotographies que nous présentons montrent le sinus latéral, nos études ayant particulièrement porté sur ce point important d'anatomie chirurgicale.

3° Nous avons aussi pu étudier, surtout sur des pièces sèches, l'étendue et la forme si variables des vacuoles et des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et les cellules ethmoïdales.

Digitized by Google

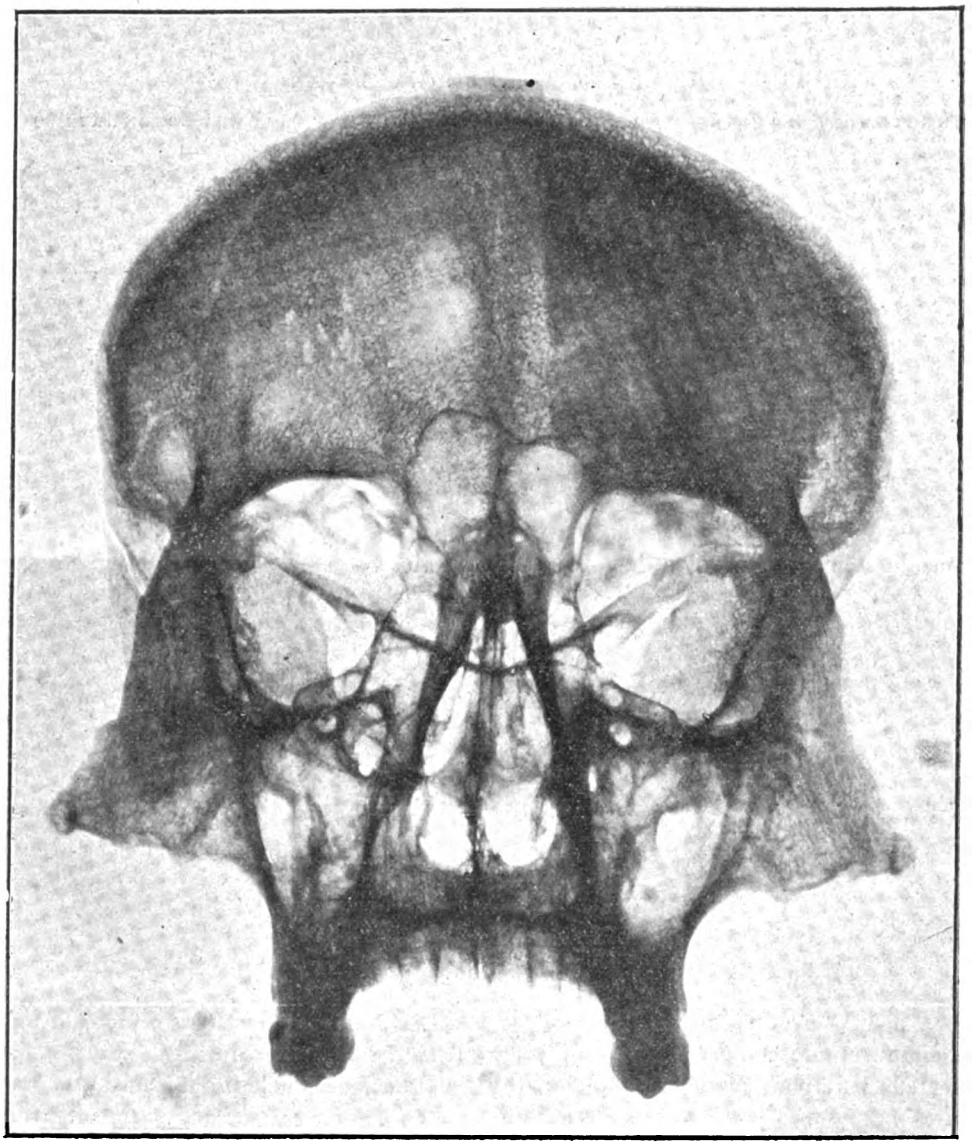
4° Enfin, il nous a été possible de reconnaître chez l'enfant et l'adulte les connexions précises que présentent par rapport à la paroi crânienne extérieure le rocher et les trois étages de la base du crâne. Nous avons facilement obtenu, sur des pièces recouvertes de leurs parties molles, la silhouette opaque et triangulaire de la base d'implantation du rocher sur l'écaille temporale, ainsi que la silhouette des trois étages de la base crânienne dans ses rapports exacts avec la paroi crânienne extérieure.

*Mode de préparation de nos pièces anatomiques et technique.* — Nos préparations anatomiques ont été faites sur des coupes de tête passant par la ligne médiane ; ceci dans le but de diminuer d'autant la multiplicité des plans osseux trop nombreux si l'on traversait des têtes entières par les rayons cathodiques. Il faut avoir soin de choisir des sujets jeunes chez lesquels les sutures crâniennes ne soit pas soudées.

Avant de pratiquer la coupe de la tête dans le sens vertical et antéro-postérieur, la pièce est injectée au formol par la carotide.

Cette *injection artérielle* est répétée deux à trois fois à

SQUELETTE DE LA FACE — PIÈCE SÈCHE



Ad. nat Radio-photog. par M. le Dr JULES GLOVER et M. CONTREMOULIN

**Transparence des sinus frontaux et des sinus maxillaires**

Digitized by Google

un ou deux jours d'intervalle dans le but de durcir le cerveau sans le faire changer de forme ou de volume d'une façon appréciable.

Les parties molles du crâne et de la face sont soigneusement enlevées et c'est seulement après une vingtaine de jours que l'on pratique la section antéro-postérieure de la pièce.

Puis l'hémisphère cérébral *durci sur place* est extrait de la boîte crânienne avec précaution, débarrassé de sa pie-mère et replacé suivant sa première position dans le crâne. Ces manipulations ne peuvent modifier les rapports du cerveau avec le crâne étant donné qu'elles sont, autant qu'il est possible, réduites à leur plus simple expression. Nous avons à ce sujet renoncé à l'idée des moulages du cerveau, lesquels sont plus susceptibles de modifier la conformation de l'organe même lorsqu'il est durci par le formol ou autre déshydratant.

Le cerveau doit être débarrassé de la pie-mère si l'on veut voir sur le cliché l'image des circonvolutions. Enveloppé des méninges, son image est en effet moins nette.

Enfin, il est bon de supprimer par une section verticale les circonvolutions de la face interne de l'hémisphère cérébral, si l'on veut que l'image de celle-ci ne se confonde pas avec l'image des circonvolutions de la face externe de l'hémisphère.

Les injections des sinus veineux ont été faites avec de la poudre de bronze, tenue en suspension dans une solution de cire dans l'alcool ou dans du suif.

On obtient encore un meilleur résultat en indiquant sur la pièce le trajet des sinus, au moyen de petites pointes métalliques, des épingles par exemple, qui viennent vigoureusement en noir sur le cliché.

Nous appelons plus particulièrement l'attention sur nos radio photographies du crâne sec de l'adulte et de l'enfant. On y voit d'une façon très évidente, l'étendue et la conformation des cellules osseuses aussi bien au niveau de l'apophyse mastoïde qu'au niveau des sinus osseux de la face.

Nos différentes épreuves ont été obtenues à l'aide de tubes Focus cylindriques de Colardeau-Chabaud. La distance des tubes à la plaque sensible a toujours été de 45 centimètres. Cette distance nous a permis d'obtenir des images nettes.

Le temps de pose varie comme durée suivant l'état de vide du tube lui-même, entre quelques minutes et cinq, dix et quarante minutes.

*Déductions et applications de nos recherches aux études méthodiques d'anatomie chirurgicale crânio-encéphalique.* — La situation superficielle des sinus veineux de la dure-mère, des cellules osseuses de l'apophyse mastoïde, des sinus osseux frontaux, maxillaires et leurs connexions immédiates avec la paroi crânienne extérieure qui en facilitent l'abord au cours de multiples interventions chirurgicales, suffisent à démontrer d'une part la facilité avec laquelle il était logiquement possible d'obtenir les résultats auxquels nous sommes arrivés, d'autre part, l'important intérêt que ces résultats nous paraissent présenter.

Si, prenant ainsi que nous l'avons fait un certain nombre d'épreuves radio-photographiques sur différentes pièces anatomiques, on compare entre elles ces épreuves, il est facile d'apprécier toutes les anomalies, les variations d'étendue et de forme des sinus osseux frontaux et maxilaires beaucoup plus exactement, puisqu'il s'agit de photographies, que sur le dessin d'une série de coupes en tout sens du squelette de la face, procédé habituel de représentation de ces cavités dans les travaux d'anatomie.

Le sinus veineux latéral fait corps avec l'apophyse-mastoïde sur beaucoup de nos préparations. Cela est chose depuis longtemps admise, mais, non aussi nettement démontrée sans artifice de préparation. Sur certaines pièces, il répond à la partie antérieure de la mastoïde, ou bien à son centre, ou enfin et en général au 1/4 postérieur de l'apophyse.

Si l'on tient compte de quelques déformations de l'image quand on compare les épreuves obtenues chez l'enfant à celles obtenues chez l'adulte, on remarque qu'à l'état normal les rapports du sinus latéral avec la mastoïde sont moins étroits chez l'adulte et que cet important canal veineux semble s'éloigner progressivement de l'apophyse osseuse au fur et à mesure qu'on l'observe en s'éloignant du jeune âge.

Au niveau de l'apophyse mastoïde, non seulement les cellules du corps et de la pointe sont fort nettement appréciables, suivant la nature pneumatique ou compacte des tissus osseux, mais on reconnaît aisément certaines cellules mastoïdiennes qui souvent se continuent en arrière et en bas dans le diploë entre les deux lames de l'os occipital. On voit aussi des cellules plus intéressantes encore au point de vue chirurgical et qui occupent une notable étendue en surface immédiatement au dessous du conduit auditif externe.

De plus, en supprimant sur la préparation par une coupe, la pointe du rocher en passant en dedans de la caisse du tympan, on pourrait facilement voir l'antrum et la cavité de la caisse. Le rocher est en effet sur certaines épreuves à ce point transparent qu'on aperçoit l'orifice du conduit auditif interne. Nous n'insisterons pas sur l'intérêt anatomique et chirurgical qui se rattache à ces résultats, que nous avons les premiers obtenus sur la transparence du rocher par la radio-photographie. Et cela surtout à une époque où la technique opératoire des trépanations combinées de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan dans les otites moyennes suppurées compliquées est à l'ordre du jour.

(1) Nous avons fait ces recherches au laboratoire de radiographie à l'Ecole Pratique de la Faculté de médecine de Paris. Quatorze épreuves radio-photographiques ont été communiquées avec notre travail à l'Académie de médecine *(Séance du 10 août 1897)*.

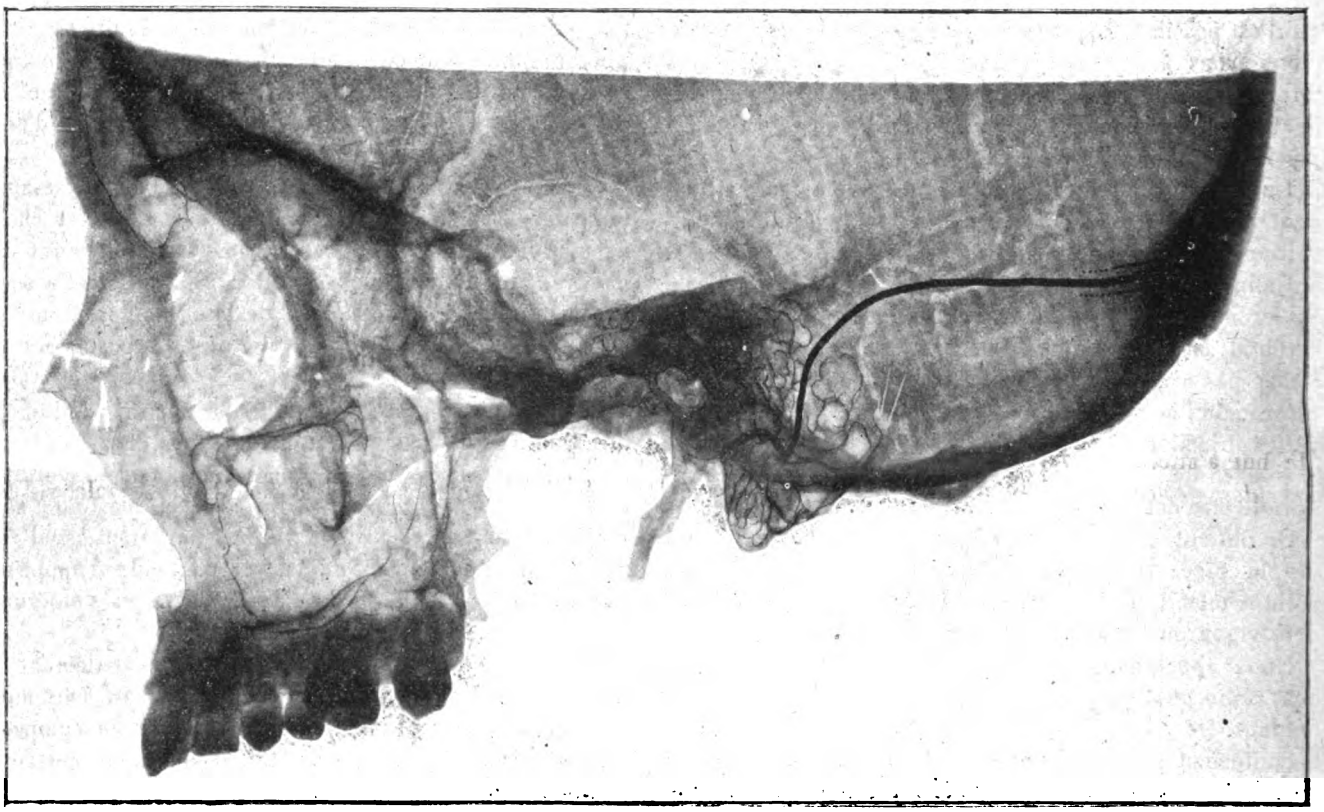
Digitized by Google

A propos des circonvolutions cérébrales vues au travers de la paroi crânienne, on peut dire qu'il est possible de compter sur le minimum de déformation de l'image, à la condition que l'incidence exactement verticale des rayons cathodiques sur la préparation anatomique et par suite sur la plaque sensible, soit bien réglée, et à la condition aussi que l'éloignement du tube soit suffisant (50 centim. environ, avons nous dit) pour que la cône de rayons projetés présente son minimum de divergence. Et c'est seulement au travers même de la cavité osseuse qui le renferme.

Aussi, sommes-nous convaincus que nos premières recherches ne resteront pas sans écho.

*Applications de nos recherches à l'exploration clinique du cerveau et des cavités osseuses de la face.* — Il est possible d'apercevoir chez l'enfant par le simple examen à l'écran de la tête, une zone claire correspondante à la cavité du ventricule cérébral latéral, surtout lorsque

CRANE SEC — ADULTE



Ad nat. Radio-photog. par M. le Dr JULES GLOVER et M. CONTREMOULIN

**Transparence de l'apophyse mastoïde**

*Les cellules mastoïdiennes et le rocher*

**La gouttière osseuse du sinus veineux latéral est indiquée par un fil de plomb fixé à la paraffine le long de son trajet.**

une épreuve obtenue avec un pareil soin, qui pourra être utilisée pour étudier la topographie crânio-encéphalique, chez l'adulte et avec plus de facilité encore chez l'enfant sous ses aspects successifs.

Malgré la valeur réelle du simple système de fiches implantées autrefois dans les circonvolutions cérébrales au travers des parois crâniennes par Gratiolet, par Broca, qui étudièrent les premiers la topographie crânio-encéphalique, il n'en est pas moins vrai qu'il semble vivement intéressant de reprendre ces études encore si complexes à l'aide de la merveilleuse méthode qui, ainsi que nous le reconnaissons aujourd'hui, nous permet de fixer l'image détaillée d'un organe de forme très irrégulière, le cerveau, cette cavité est dilatée par une exsudation séreuse plus ou moins abondante, chez les hydrocéphales, chez les méningitiques.

Si l'on se reporte aux résultats obtenus sur la pièce anatomique et fournis par la radio-photographie du cerveau à travers le crâne, radio-photographie qui donne l'image détaillée de cette cavité ventriculaire, on comprend qu'une radio-photographie faite en pareil cas sur le vivant chez l'enfant donnera un renseignement plus précis encore que le simple examen à l'écran.

L'un de nous, avec M. Rémy, a vu par examen à l'écran de la tête d'un enfant atteint de méningite une zone claire correspondante à la portion médiane du cerveau. Cette

Digitized by Google

zone existe à l'état normal chez l'enfant en bas âge, mais sa transparence est certainement plus appréciable à l'état pathologique, lorsque le ventricule est dilaté par du liquide.

En terminant, enfin, nous dirons qu'il est facile de vérifier par le simple examen à l'écran la transparence et l'état de vacuité des sinus frontaux et maxillaires peut-être aussi des cellules mastoïdiennes, beaucoup plus exactement qu'en se servant de l'éclairage électrique ordinaire. Et, au lieu de faire usage du photophore intra-buccal, introduit dans la bouche pour l'éclairage des sinus maxillaires ou appliqué sur la paroi supéro-interne de l'orbite pour l'éclairage des sinus frontaux, nous conseillons d'utiliser les tubes Focus cylindriques.

Dans ce but et pour simplifier les manipulations, on fixera le tube sur un pied court et léger en ébonite, ou simplement en bois et pour assurer l'isolement de l'observateur la main sera gantée de caoutchouc.

Ainsi, le tube pourra être approché ou éloigné de la tête du malade et placé à la distance convenable sans que celui-ci se dérange et sans qu'il coure aucun danger.

Dans un même examen de la face, toutes les cavités à la fois deviendront visibles.

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## CHIRURGIE

**Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses et la gangrène pulmonaire.** — I. L'intervention chirurgicale contre la *tuberculose pulmonaire* a été tentée à la période de début, quand la lésion est encore à l'état de *noyau induré*, et à la période d'état, alors que les *cavernes tuberculeuses* sont constituées. A ces deux périodes, les indications, le manuel opératoire et le but à atteindre sont complètement différents. A la *tuberculose au début*, analogue à un néoplasme, j'ai essayé d'opposer l'ablation totale du foyer par pneumectomie, absolument comme s'il s'agissait d'un néoplasme à enlever. Lorsque la caverne est constituée, il ne s'agit plus d'ablation, mais d'ouverture ou de destruction par des moyens variés. Les premières tentatives d'extirpation de noyaux tuberculeux sont peu nombreuses, c'est à tort que Block, Ruggi et Kronlein ont été signalés comme auteurs malheureux de pneumectomies pour tuberculoses au début. Le premier opéra une femme qui n'était pas tuberculeuse, les observations de Ruggi n'ont rien de commun avec cette question, et Kronlein m'a écrit n'avoir jamais pratiqué de pneumectomies pour tuberculose. Les trois seuls faits de Tuffier, de Lowson et de Doyon qui ont trait à l'ablation, de propos délibéré, de noyaux tuberculeux ont donné trois guérisons durables. Ces tentatives n'ont pas été répétées par la majorité des chirurgiens, qui appuient leur abstention sur l'idée théorique d'un diffusion primitive très étendue de la tuberculose pulmonaire au début et les difficultés pratiques du diagnostic.

La chirurgie des *cavernes tuberculeuses* n'a pas donné de bien brillants résultats, il est vrai qu'elle s'est adressée à des cas désespérés et dont les lésions étaient au-dessus de toutes les ressources de l'art. Suivant l'idée que s'est faite chaque opérateur des causes de l'extension de la tuberculose, une méthode opératoire a été proposée : l'évacuatian pure et simple du foyer ; la cautérisation des parois ; la thoracoplastie avec ou sans pneumotomie. L'*incision de la caverne* avec ou sans résection costale est facile et paraît en elle-même bénigne, mais elle ne constitue qu'un moyen de drainage ; elle permet le traitement de la paroi tuberculeuse active par la cautérisation ignée et les diverses substances employées dans le traitement des tuberculoses locales, qu'elles aient pour but la destruction de la paroi ou celle du bacille. Vingt-six opérations de ce genre ont été suivies de mort rapide dans 13 cas, soit 50 pour 100, et quant au résultat définitif, il a presque toujours été à peu près nul, sauf chez un des opérés de Sonnenburg. Chez tous les autres malades, la tuberculose a continué à évoluer après la pneumotomie, les cavernes ainsi ouvertes se sont rarement cicatrisées et c'est à peine si l'on peut compter une ou deux améliorations, que l'on se soit contenté d'une simple incision, suivie de drainage, ou que l'on ait cherché à agir sur la paroi de la caverne à l'aide d'antiseptiques ou de caustiques variés. Ces résultats peu encourageants, joints à cette notion générale que l'affaissement du thorax est un élément très important dans la cicatrisation des pertes de substance du poumon, ont fait proposer la résection costale, ou *thoracoplastie*, comme méthode de traitement de ces cavernes. Les rares opérations qui ont été faites jusqu'ici (3 cas) ne permettent pas de tirer de conclusions. C'est dans ce même but de réunion des parois de la caverne que la compression de la base correspondante du thorax a été proposée.

Ces moyens sont à l'essai ; mais il est nécessaire, pour établir scientifiquement les résultats, de les baser sur des indications opératoires précises dont les seules acceptables sont : pour l'exérèse complète, la limitation exacte des lésions ; pour la thoracoplastie, la notion d'une paroi caverneuse dense et fibreuse, passive, sans tendance à la cicatrisation.

Les *injections intra-parenchymateuses* dans la tuberculose pulmonaire n'ont pas tenu ce qu'elles semblaient promettre, les résultats qu'elles ont donnés ont été jusqu'ici peu encourageants ; et cependant tous les spécifiques tour

Digitized by Google

à tour vantés dans le traitement de cette maladie ont été mis à contribution.

Certaines *complications* de la tuberculose pulmonaire sont accessibles à la chirurgie, je laisse de côté les abcès ou les adénopathies de voisinage ; les fistules tuberculeuses et les pyopneumothorax, qui sortent du domaine de la chirurgie pulmonaire. La *gangrène* compliquant une caverne tuberculeuse deviendra une indication opératoire. Les *hémoptysies* incoercibles, que Chassaignac déjà voulait traiter par les injections d'air dans la plèvre, et pour lesquelles Cayley a proposé la création d'un pneumothorax complet, ne semblent pas avoir beaucoup profité de ce moyen ; mais la résection costale supérieure a donné dans les quelques cas où elle a été employée des résultats satisfaisants : elle se propose d'affaisser un point déterminé du poumon qui est le siège même de l'hémorragie ; elle semble appelée à devenir un procédé applicable à ces cas exceptionnels, auxquels je joindrais volontiers la résection du sommet pulmonaire si l'affection est au début et bien localisée.

II. — Les *suppurations pulmonaires* forment un groupe presque homogène par leur processus anatomique et leurs indications opératoires. Quelle que soit la variété d'altération, la septicémie commande l'intervention chirurgicale ; l'évacuation large et le drainage sont le but thérapeutique. Nous serions donc tentés de décrire sous un même chef : les *suppurations pulmonaires* comme on a décrit les suppurations pelviennes. Mais, à côté des grands traits qui les relient, il existe entre elles de si nombreuses différences qu'il est nécessaire d'établir des variétés. D'ailleurs l'expérience n'est-elle pas là pour montrer quelle confusion de faits a créé ce terme de suppurations pelviennes, et combien les indications opératoires sont devenues plus précises depuis l'édification d'un cadre nosologique dictinct pour chaque variété anatomique ? Sans doute, il existe des faits complexes, difficiles à classer. relevant à la fois de deux groupes; mais, si, sur ce point, ma tâche n'est pas remplie, ne nous en prenons qu'à la difficulté générale de toutes les classifications, et un peu à nous mêmes dont les observations sont trop souvent incomplètes. J'envisagerai donc les *suppurations simples*, aigues et chroniques, *abcès, bronchiectasies,* la *gangrène* et l'*actinomycose* (1).

III. — La fréquence des opérations pour *abcès pulmonaires* (49 cas), opposée à l'extrême rareté de la constatation anatomo-pathologique de ces abcès, semble prouver que nombre des interventions ont été dirigées contre des foyers de *pleurésie purulente enkystée* ; certains faits même sont étiquetés par le même auteur tantôt pleurésie interlobaire, tantôt abcès pulmonaire. Beaucoup de suppurations, dont la nature et l'étiologie n'ont pas été suffisamment étudiées, viennent encore grossir le chiffre de ces opérations et en expliquer le nombre. Il faudrait réserver ce nom d'abcès aux collections purulentes creusées dans le parenchyme pulmonaire ; ils ne seraient alors que la complication de lymphangites et d'embolies.

Les résultats thérapeutiques bénéficient dans ces cas de la confusion des termes. La collection est unique, l'état général au moment de l'opération est relativement satisfaisant, les adhérences sont la règle ; l'état du poumon, normal dans le reste de son étendue, lui permet de combler rapidement la perte de substance : les parois mêmes de la collection, dans les cas aigus, sont molles et se prêtent à l'ampliation pulmonaire ; le diagnostic de nature et de siège est posé : dans de telles conditions, la pneumotomie donne 35,8 pour 100 de mortalité opératoire. Quant à la guérison, elle est complète et rapide (de 12 jours à 6 semaines) dans les cas aigus opérés de bonne heure. Mais les collections purulentes déjà anciennes demandent 4, 5, 6, 7 et 8 mois pour arriver à cicatrisation.

IV.—Les conditions sont toutes autres dans les *bronchiectasies* et les résultats sont également très différents. Le diagnostic est beaucoup plus difficilement établi : je veux parler ici du diagnostic de la variété de dilatation bronchique. La dilatation ampullaire *sacciforme*. qui est la plus justiciable de la chirurgie, peut être simulée par un groupe de cavernules moniliformes réunies en un point du poumon. Ni l'auscultation, ni la percussion, ni le mode, ni la quantité d'expectoration, ni même la ponction, négative dans la moitié des cas, ne permettent un diagnostic précis. L'incision pulmonaire elle-même peut passer à côté des lésions ou même au milieu des dilatations bronchiques sans les faire constater. Joignez à ces difficultés diagnostiques la présence presque constante de foyers multiples quelquefois bilatéraux, la généralisation possible de ces ectasies, l'absence d'adhérences pleurales, la difficulté de cicatrisation de ces tissus fibroïdes, le tout chez un sujet souvent âgé, scléreux, infecté depuis longtemps, et vous comprendrez combien le pronostic sera sombre, et combien la chirurgie devra être réservée dans l'attaque de cette affection. L'*indication opératoire*, dans nos 45 observations, a été constituée par la septicémie subaiguë ou chronique chez des sujets porteurs de lésions diagnostiquées unilatérales et rebelles à tout traitement médical. La pneumotomie a donné 10 morts opératoires sur 38 cas. La mort est due, en général, à des complications viscérales (dégénérescences amyloïdes, abcès du cerveau) ou à la bilatéralité des lésions. Les résultats opératoires sont très différents cependant suivant qu'il s'agit de bronchiectasies sacciformes ou ampullaires. Mais il faut s'attendre dans ces cas à voir une fistule persister pendant de longs mois.

(1) L'intervention chirurgicale dans l'actinomycose doit toujours céder le pas au traitement médical par l'iodure de potassium Jusqu'à présent la chirurgie pulmonaire n'est représentée dans cette affection que par la seule observation de pneumotomie pratiquée par Reboul (voy. Naussac, *Th. de Lyon*, 1896 : De l'actinomycose pulmonaire). Nous ne saurions édifier des conclusions sur ce seul fait.

Digitized by Google

Les *résultats thérapeutiques* sont peu encourageants si l'on envisage la possibilité d'une guérison absolue, et c'est à peine si l'on peut en citer 7 cas, mais si l'on considère que dans presque tous les cas la pneumotomie et le drainage ont amené une grande diminution dans l'expectoration, la suppression des vomiques quotidiennes, et surtout de la fétidité des crachats, on se convaincra facilement de l'utilité de l'intervention.

V. — De toutes les affections du poumon, c'est la *gangrène* qui a été le plus souvent l'objet de nos interventions ; je relève actuellement 74 cas opérés. La gravité des accidents septiques qui l'accompagne, accidents dus à une rétention des produits sphacélés, explique la richesse de nos documents. La *gangrène circonscrite*, corticale ou profonde, est seule justiciable de nos interventions. Les gangrènes pleuro-pulmonaires provoquent des empyèmes putrides qui constituent l'affection dominante principale, et appartiennent comme telles aux pleurésies purulentes en général ; et si nous devons agir alors sur le parenchyme pulmonaire, ce n'est plus qu'à titre secondaire, c'est un épisode sans grande importance du traitement, et je suis obligé de les distraire de ce chapitre. La gangrène circonscrite n'appartient elle-même au domaine chirurgical que dans sa période d'*élimination et de réparation*. Toutes les infections pulmonaires peuvent se compliquer de gangrène : c'est la putridité, l'entrée en scène des microbes saprogènes qui constitue la gangrène : qu'ils pénètrent sans effraction à la suite d'une pneumonie, d'une bronchiectasie, de la tuberculose ou du cancer, avec un corps étranger ou une embolie, ou qu'ils entrent de vive force par une plaie de poitrine ou une perforation de l'œsophage. Si le pronostic médical ou chirurgical peut varier suivant chacune des *formes aigues* ou *chroniques* des accidents, abcès gangreneux ou gangrènes chroniques, l'indication, le manuel opératoire sont les mêmes pour tous ces cas. Je puis donc les envisager en bloc, quitte à tirer ultérieurement des éléments de la clinique un élément de pronostic opératoire ou thérapeutique différent.

Lorsqu'un foyer de gangrène pulmonaire ne peut s'éliminer par le drainage bronchique, drainage naturel, des accidents de rétention septique continus ou progressifs conduisent à chercher dans la pneumotomie un mode d'évacuation efficace. La persistance des accidents septiques menace le malade soit par elle-même, soit par la greffe possible des produits gangréneux dans le même poumon ou dans le poumon opposé, provoquant une véritable pneumonie gangréneuse par aspiration. Cette suppuration persistante amène des lésions viscérales chroniques sous forme d'amylose rénale ou hépatique qui commandent l'intervention, mais en aggravent singulièrement le pronostic. L'observation prouve que ces accidents *de propagation* sont plus fréquents dans la gangrène des lobes supérieurs, au contraire la gangrène des lobes inférieurs tire sa gravité du drainage insuffisant. L'intervention précoce sera donc plus formellement indiquée dans le premier cas ; mais cette localisation est rare, le siège d'élection de la gangrène étant la partie postérieure des lobes inférieurs. Les accidents consécutifs à l'entrée dans les bronches de parcelles alimentaires sont généralement des gangrènes aigues nécessitant une intervention rapide ; malheureusement, dans tous les cas traités chirurgicalement, la multiplicité ou l'étendue des foyers a rendu inutiles les efforts chirurgicaux dirigés de ce côté.

L'indication opératoire nettement posée, *le diagnostic précis* est nécessaire. Moins fécond en erreurs que pour les bronchiectasies, il est loin d'être facile. La présence du foyer gangréneux ne fait pas de doute, mais son siège est difficile à préciser. Les meilleurs cliniciens, après de nombreux et méticuleux examens, ont été trompés, non seulement dans la délimitation du foyer, mais encore dans son siège, soit que l'erreur de localisation portât sur les parties d'un même lobe, soit même qu'une lésion siégeât très loin du maximum des foyers d'auscultation, dans le lobe supérieur, alors qu'on la croyait dans le lobe inférieur. Les ponctions aspiratrices sont utiles, mais elles sont alors dangereuses par la septicité du foyer à atteindre ; plusieurs fois, une pleurésie purulente, un phlegmon gangréneux en ont été la conséquence. La fréquence de *multiplicité* et de *bilatéralité* des lésions nécessite les plus grandes précautions ; les foyers gangréneux consécutifs aux perforations de l'œsophage notamment sont souvent bilatéraux. Le diagnostic des *adhérences* est ici plus important qu'ailleurs à cause de la septicité toute spéciale du foyer pulmonaire, elles sont heureusement la règle (sur 74 cas : 6 fois elles manquaient totalement, 14 fois elles étaient insuffisantes ou incomplètes). Si elles manquent, leur recherche ou leur création s'impose. Tous les moyens de diagnostic doivent être mis en œuvre pour permettre avant l'opération de connaître leur siège et leur présence et d'établir un pronostic. Il n'est pas jusqu'à la *cause* elle-même de la gangrène qui ne doive être précisée : les gangrènes par corps étrangers des bronches ou par rupture de l'œsophage étant particulièrement graves.

Au point de vue *thérapeutique*, tous les moyens médicaux ayant échoué, le choix de l'intervention ne paraît guère discutable ; malgré les belles et anciennes recherches de Wilhelm Loch et les résultats récents de Hewelke, les injections antiseptiques iodées ou thymolées ne répondront qu'à des formes bénignes, peut-être à ces cas de foyers trop multiples pour permettre des incisions. La ponction au gros trocart présente tous les dangers de la pneumotomie sans avoir ses avantages. L'*incision large*, l'évacuation du foyer et l'extraction des séquestres parenchymateux constituent la méthode de choix. La thoracotomie avec résection costale proportionnelle à l'étendue et à la profondeur du foyer gangréneux est généralement adoptée. La suture des feuillets pleuraux, s'il n'y a pas d'adhérences, leur consolidation si elles sont molles, et la préservation de la séreuse s'imposent ici par la viru-

Digitized by Google

lence toute spéciale des foyers gangreneux. L'incision pulmonaire avec ou sans ponction probatoire sera pratiquée au bistouri ou au thermo-cautère ; le fer rouge n'est guère hémostatique ; mais les craintes d'inoculation du foyer opératoire peuvent expliquer son choix dans ces cas. Cette incision franche me paraît préférable aux ponctions ignées ou à la cautérisation chimique lente et incertaine. Le foyer gangréneux largement ouvert à son point déclive, débarrassé de ses séquestres, bien examiné du doigt et de l'œil pour s'assurer de son isolement, sera tamponné antiseptiquement et drainé. Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'un drain souple, de longueur bien calculée pour ne pas pénétrer dans les bronches et provoquer des accès de toux, bien fixé pour ne point être aspiré par les bronches, et fréquemment déplacé et replacé pour ne pas provoquer d'hémorragies par érosion vasculaire.

En dehors du pneumothorax par défaut d'adhérences pleurales, les accidents opératoires à craindre sont l'hémorragie ou l'entrée de l'air dans les veines pulmonaires, accidents rares d'ailleurs. L'hémorragie primitive a toujours été, dans les observations que nous rapportons, rapidement arrêtée par le tamponnement. Quant aux hémorragies secondaires, leur gravité est toute autre (4 opérés ont succombé à des hémorragies de ce genre). Le pneumothorax secondaire et la pleurésie purulente consécutive n'ont pas toujours pu être évités par la suture des feuillets pleuraux, comme le montre une des observations de Roux.

Les résultats immédiats sont la disparition de la fétidité de l'expectoration et la chute de la fièvre. Le passage de l'air dans le foyer, sa ventilation ont sur les accidents putrides une action spéciale, indépendante du drainage lui-même, Il a suffi, en cas de putridité nouvelle, d'élargir la fistule pour voir l'infection disparaître sans que pour cela l'écoulement soit plus abondant. Les résultats obtenus par le traitement chirurgical accusent une mortalité de plus de 40 pour 100, mais un groupement plus instructif est celui qui a trait aux résultats chirurgicaux obtenus dans les différentes gangrènes suivant leur étiologie ; 63 de nos observations sont utilisables à cet égard. Je relève 55 gangrènes métapneumoniques avec 39 guérisons ; 4 gangrènes survenues au cours de dilatations bronchiques avec 3 morts, 7 gangrènes par embolie avec 5 morts, 2 cas consécutifs à une perforation de l'œsophage avec 2 morts ; enfin un cas d'abcès gangréneux consécutif à une plaie par arme à feu a guéri. Il résulte de ces faits que la gangrène pulmonaire circonscrite bénéficie de l'intervention chirurgicale à sa période d'élimination et de réparation. Les résultats de la pneumotomie sont d'autant plus favorables qu'elle *est plus hâtive*, que les feuillets pleuraux sont adhérents, que les foyers sont plus superficiels et que les causes du processus sphacélique relèvent d'une infection aiguë et accidentelle, frappant un poumon dont le reste du parenchyme est normal. Nous voyons en effet que, les hémorragies secondaires mises à part (4 morts), ce sont les lésions multiples et bilatérales qui ont le plus souvent amené la mort des opérés (11 obs.). La majeure partie des causes de nos échecs pourra donc disparaître, si les malades nous sont confiés avant d'être des septicémiques épuisés, si les foyers sont attaqués au début. Nos opérations devenues *précoces* en bénéficieront d'autant et je ne doute pas que la chirurgie ne trouve alors dans la gangrène pulmonaire l'occasion de brillants et d'indiscutables succès. — Tuffier, *chirurgien des hôpitaux de Paris* (1).

## MÉDECINE

**Les bronchopneumonies dues au pneumobacille de Friedlænder.** — Les bronchopneumonies dues au pneumobacille de Friedlænder ont ceci de particulier que, malgré un cortège de symptômes cliniques peu effrayants, elles se terminent presque inévitablement par la mort, et cette issue fatale terrifie d'autant plus l'entourage du malade que la fièvre est peu forte (39° environ), et que, jusqu'au moment de l'agonie, le patient paraît posséder un état général relativement satisfaisant. D'après le docteur Tripot (Th. Toulouse, 97), les caractères cliniques, absolument insuffisants pour permettre le diagnostic vrai, sont d'abord la température peu élevée, une viscosité exagérée des crachats qui sont excessivement poisseux, filants, rouillés, parfois sanguinolents Il faut distinguer deux sortes de bronchopneumonies à pneumobacille : les bronchopneumonies simplement infectieuses qui restent localisées au poumon et les infectantes qui sont dites septicémiques ou pyohémiques, cette dernière forme se manifestant par des métastases purulentes. La pleurésie purulente est une des complications locales les plus fréquentes de ces bronchopneumonies infectantes.

L'analyse bactériologique seule peut sûrement mettre sur la voie du diagnostic. Elle est aisée et peut d'ailleurs se résumer dans les quelques phrases suivantes : Le pneumobacille de Friedlænder, généralement groupé sous forme de diplobacille est encapsulé quand il est étudié dans les produits de l'organisme, il se décolore par la méthode de Gram, ne liquéfie point la gélatine ; ensemencé en piqûre sur ce milieu, il donne naissance à une culture saillante, de couleur porcelaine, dite « en clou », qui peut être considérée comme presque pathognomonique. Enfin, il est très pathogène pour la souris qui succombe à des lésions bronchopneumoniques. Le pneumobacille qui perd sa capsule et prend l'apparence de filaments dans les cultures, retrouve à la suite d'inoculations sa forme première, c'est-à-dire qu'il redevient capsulé et semblable à un bâtonnet effilé à ses deux extrémités. Tripot, qui s'est inspiré des travaux d'Etienne, de Nancy, et de Netter, pense que l'examen microscopique des cra-

(1) Congrès de Moscou.

Digitized by Google

chats, la cultière sur gélatine dite « en clou », et l'inoculation à la souris, constituent un faisceau de procédés d'expérimentation dont l'emploi simultané entraîne la certitude.

Les lésions anatomiques sont généralement des lésions de bronchopneumonies pseudolobaires ou à gros noyaux. Aussi les signes physiques sont-il très semblables à ceux des pneumonies avec lesquelles d'ailleurs on est porté à confondre ces sortes de bronchopneumonies ; la présence du pneumobacille doit faire pencher le diagnostic en faveur de la bronchopneumonie, car le pneumobacille engendrerait toujours une bronchopneumonie et non la pneumonie dont le germe spécifique est le pneumocoque.

Ces bronchopneumonies pneumobacillaires, qui s'abattent principalement sur l'adulte et surtout sur celui souffrant d'une affection rénale, sont rares, comparées aux bronchopneumonies relevant des autres agents pathogènes et aboutissent à une mort que la thérapeutique est impuissante à entraver dans l'état actuel de nos connaissances.

Il faut se demander, au sujet de ces bronchopneumonies, si une certaine épidémie qui a sévi il y a quelques années, à Nantes, sur des manœuvres affectés à la manipulation d'engrais composés avec les « scories de déphosphoration de l'acier », et qui a été qualifiée d'épidémie de « pneumonie », n'aurait point été plutôt une épidémie de bronchopneumonie pneumobacillaire, les symptômes cliniques de ces soi-disant « pneumonies » étaient exactement les mêmes en effet, que ceux des bronchopneumonies pseudolobaires à pneumobacille. Une observation de Tripot, qui a trait à un ouvrier travaillant aux « scories », constitue certainement un appoint en faveur du parallélisme qu'établit l'auteur entre cette épidémie due aux scories de déphosphoration et la bronchopneumonie pneumobacillaire, et motive assez la partie de l'étiologie, où à côté des affections rénales, de la rougeole et de la grippe, on doit ranger comme causes prédisposantes les dites poussières de scories. Telle est également l'opinion du professeur M. Monnier, de Nantes. (*Société Médico-Chirurgicale de Nantes*, juillet 97).

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement général des polynévrites.** — On connaît beaucoup mieux les polynévrites, on ne doit pas les confondre avec la myélite, le tabes dorsalis, voire même avec une paralysie générale.

Résumé symptomatique. — La polynévrite a des caractères symptomatiques spéciaux : survenant souvent sans cause apparente, quelquefois après des refroidissements ou des fatigues, à la suite de maladies infectieuses ; elle débute par des troubles divers de la *sensibilité* des membres inférieurs (fourmillements, élancements douloureux, crampes, sensation de lourdeur ou de pesanteur) ; puis, survient une *parésie* particulière, pouvant évoluer rapidement, toujours symétrique, plus accusée aux muscles extenseurs, débutant par les muscles des extrémités des membres, diminuant d'intensité à mesure qu'elle remonte à la racine des membres, se propageant aux membres supérieurs avec les mêmes caractères, ce qui fait que les mains et les pieds sont flasques et « ballants ». Le plus ordinairement, la paralysie respecte les réservoirs. — Parfois, les *douleurs* sont très vives, sur le trajet des nerfs, plus souvent provoquées que spontanées ; dans la période aiguë, elles peuvent s'accompagner pendant un temps assez long, d'un état fébrile assez accusé pouvant en imposer pour une fièvre typhoïde, comme il résulte d'un cas de polynévrite arsénicale observée par Lancereaux (*Journal des Praticiens*, 25 juillet 1896). — Les *réflexes* tendineux sont abolis ; les troubles de la *motilité électrique* importants (affaiblissement du courant faradique, réaction de dégénérescence, etc.) ; les *atrophies musculaires* sont la règle, et elles expliquent de nombreuses déformations des extrémités des membres. La mort est l'exception, et les polynévrites, même les plus généralisées et en apparence les plus graves, se terminent par la guérison après plusieurs mois. On voit donc combien il est important de connaître cette maladie pour ne pas s'exposer à une erreur de pronostic.

Indications thérapeutiques et traitement. — A peine une demi-page est consacrée au traitement dans le petit manuel de Dieulafoy, ce qui nous engage à compléter cette question d'après les travaux les plus récents, et surtout d'après les remarquables leçons de Raymond.

Il faut d'abord savoir que les polynévrites sont sujettes aux rechutes ou aux récidives, et insister sur le traitement prophylactique des causes assez nombreuses qui leur donnent naissance : (Polynévrites par *intoxications exogènes :* plomb, alcool, arsenic, malaria, sulfure de carbone, etc. — Polynévrite par *auto-intoxication* dans le diabète, le rhumatisme, le cancer. — Polynévrite par *infection :* tuberculose, paludisme, diphtérie, fièvre typhoïde lèpre, syphilis, fièvres éruptives, pneumonie, grippe, blennorrhagie, puerpérisme, etc.

1° Contre les *manifestations douloureuses*, on emploiera : la *morphine* en injections sous-cutanées, l'*antipyrine*, le *salicylate de soude* même dans les cas où le rhumatisme n'est pas en jeu, le *salophène* à la dose de 4 à 6 grammes par jour en cachets de 1 gramme ; en raison de son affinité élective pour les cylindres-axes des fibres nerveuses, le *bleu de méthylène ;* l'*acide phénique* en lotions sur les parties douloureuses et avec des compresses imbibées d'une solution à 4 ou 5 pour 100. On a encore recommandé les injections sous-cutanées pratiquées à la dose d'un centimètre cube à proximité des nerfs superficiels (solution à 2 pour 100), avec l'association de la morphine (acide phénique, 2 pour 100, morphine 1 pour 100). Ces injections phéniquées sont plus particulièrement indiquées dans les polynévrites infectieuses.

Les *pratiques hydrothérapiques*, surtout à la période

Digitized by Google

aiguë de la polynévrite, peuvent être utilement conseillées d'après le procédé de Pospischil : application d'une première couche de bandelettes circulaires de toile imprégnées d'eau froide, recouvertes d'une seconde couche de tours d'ouate sèche, le tout enveloppé d'un tissu imperméable. Quand la polynévrite affecte les membres inférieurs d'une façon prépondérante, on peut enrouler autour de la partie inférieure du tronc un tube en caoutchouc traversé par un courant d'eau froide à 16°. Ce moyen peut être appliqué sur la région précordiale pour combattre l'adynamie cardiaque résultant de la participation des nerfs vagues à la lésion anatomique.

2° Contre l'*insomnie*, l'association du *bromure de potassium* à la morphine est une excellente chose, parce que « le bromure exalte l'action anti-algique et soporifique de la morphine » (Raymond). Mais, quand on constate des symptômes (tachycardie, adynamie cardiaque) démontrant l'envahissement du nerf vague, la morphine est contre-indiquée, et il est préférable de recourir au *chloralose*, au *sulfonal*, au *trional ;* à la *paraldéhyde* (celle-ci étant un soporifique de choix, surtout dans la névrite alcoolique). Le *chloral* doit être prescrit avec prudence et modération, en raison de son action dépressive sur le cœur.

3° Contre la *paralysie des nerfs cranio-bulbaires* qui, apparaissant parfois dans le cours ou à la fin du second septenaire, menacent rapidement la vie des malades en produisant des symptômes de paralysie du cœur ou de la respiration, il faut une action prompte et énergique : injections sous-cutanées de *caféine*, d'*éther*, de *camphre ; excitation faradique du nerf* vague au cou. Au sujet des injections d'éther, il ne faut pas oublier qu'elles peuvent donner lieu à une névrite traumatique quand elles sont pratiquées au voisinage d'un tronc nerveux superficiel. — Quand l'extension de la paralysie aux organes de la respiration se traduit par les phénomènes graves de dyspnée et de cyanose, on emploiera les moyens suivants : cataplasmes sinapisés, battage du tronc avec des linges froids, faradisation superficielle et profonde, inhalations d'oxygène, injections sous-cutanées de *strychnine* pour stimuler les centres bulbaires.

4° Pour prévenir les *déformations* consécutives aux attitudes vicieuses et aux rétractions tendineuses, emploi de gouttières destinées à ramener les segments de membres dans une attitude physiologique.

5° Le traitement *curatif* consiste dans la restauration anatomique et fonctionnelle des muscles et des nerfs altérés. Si l'organisme fait lui-même les frais de la régénération anatomique, il faut l'y aider par une bonne et fortifiante *alimentation*, par des médicaments riches en *phosphore* (glycéro-phosphates, huile de foie de morue, surtout pendant la seconde période de la polynévrite). Pour activer la nutrition des nerfs et des muscles, on aura recours à la *galvanisation de la moelle*, aux *bains* chauds simples, aux bains salins, aux injections sous-cutanées de *strychnine*, sans dépasser un milligramme par injection.

Quant à la restauration fonctionnelle, elle consiste à réveiller la contractilité dans les muscles où elle est presque éteinte, à faire en quelque sorte la *rééducation des muscles* par des exercices variés, par des mouvements progressifs imprimés aux doigts, à la main ou au pied. Quand les malades sont redevenus à même de marcher, on ne doit rien négliger de ce qui peut concourir à relever l'état général : séjour en plein air, franklinisation, faradisation généralisée, appliquée avec circonspection (Raymond). Quand ils sont entrés en convalescence, l'*hydrothérapie* est indiquée.

6° Les *déformations* des membres, après la guérison de la polynévrite, dues à des atrophies musculaires et aux rétractions tendineuses entraînent souvent de véritables difformités et une grande gêne fonctionnelle des membres. La chirurgie entre alors en scène avec les *sections tendineuses* qui peuvent ainsi remédier aux derniers vestiges de l'affection. Telles sont, surtout d'après les remarquables leçons du professeur Raymond, les principales indications thérapeutiques et les médications que l'on doit mettre en usage dans le traitement d'une maladie, devenue fréquente, depuis qu'on la connaît mieux grâce à des travaux récents et nombreux. — R. D.

## RHINOLOGIE

**Les adénoïdites chez les adultes.** — L'existence des végétations adénoïdes chez l'enfant est un fait connu aujourd'hui de tous les praticiens et M. Moure a le premier, en 1890, appelé l'attention sur la fréquence également considérable de l'hypertrophie de cette même amygdale pharyngée chez l'adulte.

Dans sa récente communication au Congrès de Moscou, M. Moure étudie les inflammations aigues de cette tonsille, qui se manifestent chez l'adulte par des troubles généraux, habituellement très peu marqués, mais pouvant cependant dans quelques cas avoir une gravité exceptionnelle, faisant penser à l'amygdalite folliculaire classique, dont on ne retrouve aucune trace à l'examen de l'arrière-gorge. Ce qui domine la scène dans ces cas, c'est la gêne respiratoire par le nez un enchiffrement tout à fait spécial que le malade rapporte très bien à son naso-pharynx.

On observe également des bourdonnements d'oreille dus au gonflement des lèvres de la trompe, parfois des douleurs, mais presque toujours de la surdité avec une sensation de plénitude dans la tête et de la résonance exagérée des bruits intérieurs (autophonie).

L'examen direct révèle d'une part l'intégrité ou une simple rougeur de l'arrière-gorge, mais, avec le miroir rhinoscopique, il est facile de se rendre compte du boursouflement de la muqueuse naso-pharyngienne qui est rouge, tomenteuse, et souvent recouverte d'un piqueté

Digitized by Google

blanchâtre tout à fait comparable à celui de l'amygdalite folliculaire classique. La sécrétion muco-purulente ou pseudo-membraneuse est quelquefois abondante, les malades rejettent souvent le matin des matières pultacées tombant dans l'arrière-gorge, et provoquant des efforts de vomissement.

Le diagnostic se fait souvent par l'examen de l'oreille d'abord et du naso-pharynx ensuite. Le traitement consiste en purgations légères, quinine ou antipyrine à l'intérieur, fumigations, introduction dans le nez de pommade cocaïnée et boriquée. Il est important de s'abstenir d'insufflations d'air dans la caisse, dont l'inconvénient pourrait être grave, puisqu'elles feraient pénétrer dans ces cavités des produits septiques susceptibles de déterminer la suppuration de cette muqueuse. Il est aussi important, au point de vue du diagnostic, de songer à l'existence possible d'une syphilis secondaire dont les symptômes peuvent ressembler à ceux de l'adénoïdite vulgaire, mais qui s'en distingue par la présence de lésions analogues dans l'arrière-gorge, et dans tous les cas par la marche, la longue durée et l'insidiosité de la maladie.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 7 septembre 1897*

**Etiologie de la cirrhose des buveurs.** — M. Lancereaux Sur un total de 210 observations personnelles, M. Lancereaux relate :

126 cas d'excès de vin seul.
68 — combinés de vin et d'eau-de-vie.
12 — de vin et de bière.
4 — de vin et de cidre.

Le vin est donc, à Paris, la cause efficiente de la cirrhose.

La quantité de vin ingérée est de 2 à 6 litres par jour, trois litres est la quantité moyenne ; c'est surtout le vin rouge, plus rarement le vin blanc.

Il serait préférable d'appeler la cirrhose des buveurs *cirrhose œnolique ou vinique*. Cette cirrhose est fréquente dans les pays vignobles, rare en Bretagne et en Normandie; ainsi à Châteaudun, d'après les observations du Dr Baby, la cirrhose des buveurs serait rare.

Quel est le principe nocif ? M. Lancereaux élimine l'alcool, l'expérimentation avec l'alcool a donné des résultats contradictoires. L'attention de l'auteur fut attiré *sur les sels de potasse*; avec l'aide de son interne en pharmacie, il fit des expériences sur les lapins et les cobayes et constata chez ces animaux des *lésions de sclérose bi-veineuse*. M. Lancereaux dit que ce principe nocif est le même qui agit dans la bière ou les liquides alcooliques usités en Angleterre et en Allemagne.

A Paris, le vin renfermerait 4 à 6 grammes de sels de potasse par litre.

La conclusion est que, pour arriver à une prophylaxie efficace de la cirrhose des buveurs, il faut éviter, du moins à Paris, les excès de vin et principalement de vin plâtré ; or, ces derniers étant de beaucoup les plus dangereux, M. Lancereaux pense qu'il y a lieu de *diminuer, sinon de prohiber* le plâtrage ou *sulfatage* des vins et de toute autre boisson.

M. Clozier de Beauvais fait une communication sur l'utilité du lavage intestinal dans les états typhoïdes et rapporte à cet effet plusieurs observations. M. Clozier insiste sur la nécessité d'injecter une certaine quantité de liquides (eau bouillie pure, salée ou salolée) et de retirer aussitôt ce liquide.

## Revue du Congrès de Moscou

**Médecine.** — A propos de la *chlorose*, M. Gilbert, dans un excellent rapport sur les causes essentielles de la chlorose, rappelle et critique les différentes théories émises jusqu'à ce jour : 1° la théorie génitale, 2° la théorie nerveuse, 3° la théorie digestive 4° la théorie vasculaire ; il montre que toutes ces théories sont insuffisantes et il se déclare partisan de la théorie hématique. La chlorose, pour lui, est une anémie primitive, la lésion frappant essentiellement les hématoblastes et les hématies ; les hématoblastes parviennent difficilement à se transformer en hématies; ces dernières sont diminuées du nombre, sont mal formées et d'une faible viabilité ; elles se nécrobiosent et se détruisent avant d'avoir accompli leur évolution physiologique. Leur hémoglobine, ainsi mise en liberté, est éliminée par les reins sous la forme d'urobiline et d'urohématine. Les sources de ce trouble hématopoiétique doivent être essentiellement cherchées dans les profondeurs de l'hérédité. La chlorose présente avec la tuberculose d'étroites affinités ; l'hystérie, le rachitisme et d'autres états morbides, tels que le rhumatisme et la goutte, occupent une place notablement moins considérable que la tuberculose dans les antécédents des chlorotiques. La chlorose apparaît donc comme une maladie de déchéance qui fait que l'on rencontre fréquemment chez les chlorotiques des hypoplasies organiques diverses, telles que l'atrophie du cœur, le rétrécissement mitral, l'angustie artérielle, l'atrophie des organes génitaux et des reins ; mais ces hypoplasies organiques sont contingentes. Expression de dégénérescence, la chlorose se montre de préférence dans le sexe faible, et se dévoile principalement à la puberté, c'est-à-dire à l'époque de la vie où la genèse des hématies devrait être particulièrement active, puissante et durable. Tantôt son apparition a lieu sans cause occasionnelle, tantôt elle est provoquée par la frayeur, le chagrin, la nostalgie, l'amour ; par la fatigue, le surmenage, les excès ; par la privation d'air ou de lumière, le transport du village à la ville ; par la mauvaise alimentation, par l'accouchement, par les hémorragies faibles ou abondantes, par les troubles digestifs, par les maladies aiguës passagères, telles que les fièvres éruptives ; durables, telles que la syphilis ; mortelles, telles que la tuberculose. Il en est de la chlorose comme de l'hystérie, deux maladies qui sont sœurs ; les conditions étiologiques doivent être interprétées comme ayant une signification provocatrice, et on se souvient que M. Hayem a proposé de désigner sous le nom de chloro-anémies ces cas dans lesquels la chlorose vient se surajouter à un état pathologique préexistant.

M. Goloubinine pense qu'on devrait définir la chlorose en prenant pour signe l'altération du sang, principalement la diminution d'hémoglobine, sans prendre en considération les autres symptômes.

M. Warfringe pense qu'il faut donner le fer aux chlorotiques

Digitized by Google

en très grande quantité; les effets du fer s'expliquent en ce qu'il combat, pendant son passage dans l'organisme, les conditions pathologiques qui entravent la régénération normale du sang.

M. de Dominicis croit que la cause essentielle de la chlorose consiste dans une anomalie hématologique due probablement à des auto-intoxications. La transfusion directe du sang hétérogène en est le traitement de choix.

Dans les *affections cérébrales*, M. Duckworth signale un phénomène intéressant, c'est la cessation complète des mouvements respiratoires plusieurs heures avant celle des mouvements du cœur. Souvent on observe aussi en même temps de l'hypothermie. Des faits semblables ont été observés par Macewen, par Horsley. C'est surtout quand il y a exagération de la pression intracrânienne (abcès, épanchement de sang) que s'observent ces phénomènes; aussi il est indiqué de trépaner rapidement, et de continuer longtemps la respiration artificielle. L'hypothermie n'est pas une preuve de l'absence d'un foyer purulent ou hémorragique dans le cerveau.

M. Jullien insiste sur l'importance d'un traitement précoce de la syphilis; — M. Barthélemy recherche, mais sans conclusions fermes, si la syphilis peut atteindre la seconde génération ce qu'il appelle de la para-hérédosyphilis. Il insiste également sur la nécessité d'un traitement précoce de la syphilis. — M. Nocard lit une note sur la prophylaxie de la tuberculose bovine. — M. Roger reprend la question des modifications que subit la moelle osseuse dans les infections. — M. Ebstein lit une note sur la pathogénie des calculs urinaires.

A propos de la physiologie pathologique *des thromboses et des coagulations sanguines*, M. le professeur Cornil formule les conclusions suivantes : 1° L'organisation des caillots intravasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux, cellules endothéliales de l'endoveine ou de l'endartère. Le réticulum fibrineux du caillot sert de soutien à la végétation de ces éléments. 2° Les phénomènes d'organisation sont très rapides; ils commencent, dès le premier jour, par des modifications dans les cellules endothéliales. Les néocapillaires apparaissent vers le troisième et quatrième jour, et le tissu conjonctif vers le neuvième et dixième. L'étendue et le degré du traumatisme que l'on fait subir au vaisseau ont une certaine influence sur l'étendue et la rapidité de l'organisation La septicité du caillot retarde, au contraire, les phénomènes; 4° Les phénomènes d'organisation sont partout les mêmes, quel que soit le siège de la coagulation sanguine, vaisseau, cœur, poumon, tissu cellulaire. Selon le siège, l'agent de l'organisation est la cellule endothéliale vasculaire, cardiaque, pulmonaire, ou bien la cellule fixe du tissu conjonctif, dont les autres ne sont que des dérivés.

M. Brault revient sur sa classification clinique des néphrites déjà exposée dans le *traité de médecine* (Charcot-Bouchard). M. Lepine fait une communication sur la genèse des différentes formes du diabète sucré, M. Wirchow, sur la continuité de la vie comme base de la conception biologique, M. Lauder-Brunton sur les relations qui existent entre la physiologie, la pharmacologie, la pathologie et la médecine pratique.

Au sujet des *rétrécissements sous-glottiques observés à la suite du tubage*, M. Boulay les divise en deux variétés distinctes.

Les uns résultent de l'infiltration de la muqueuse sous-glottique qui, loin de se résorber, passe à l'état chronique; ils se produisent non pas à cause du tubage, mais malgré lui. On les observe aussi bien après la trachéotomie qu'après l'intubation; ils peuvent devenir dans ce cas un obstacle au décanulement. Ce sont les moins graves : on obtient parfois la guérison en quelques séances de dilatation rétrograde ou bien encore par le tubage.

Les autres succèdent à des *ulcérations* produites par la pression du tube sur la muqueuse sous-glottique enflammée et tuméfiée. Ce sont des rétrécissements cicatriciels, d'ordinaire serrés et rebelles au traitement. Ces derniers exigent une grande patience de la part de l'opérateur. La dilatation doit se faire progressivement : il faut se garder d'enlever trop hâtivement la canule trachéale, mais, au contraire, attendre, pour laisser fermer la plaie cervicale, que le rétrécissement soit fortement dilaté et que le passage des sondes élastiques dilatatrices ne provoque plus d'œdème réactionnel au niveau de la région sténosée.

Sur l'*urologie des nourrissons*. M. Charrin s'explique ainsi : Il résulte de mes recherches, dit-il, que l'urine des nourrissons bien portants est pauvre en urée, en matières colorantes, elle est peu toxique, attendu que 150 centimètres cubes pour 1,000 par kilogramme ne parviennent pas toujours à tuer. L'hérédité, les maladies de la mère, l'athrepsie, etc., font varier cette toxicité, dans le sens, en général de l'augmentation. *(A suivre.)*

## BIBLIOGRAPHIE

**Artérites et scléroses** par A. Brault, médecin de l'hôpital Tenon (un petit vol. in-16 de 166 pages. Paris, 1897. Masson et Gauthier-Villars, éditeurs).

Ce travail est destiné à démontrer *anatomiquement* que « la doctrine de l'artério-sclérose généralisée est basée sur une ancienne hypothèse aujourd'hui sans fondement. » Cependant, l'auteur est obligé d'arriver après les partisans de cette doctrine, à des conclusions identiques : 1° la sclérose (qu'il appelle *fibrose*) du cœur est subordonnée topographiquement au territoire irrigué par l'artère oblitérée; 2° cette sclérose est par conséquent limitée, circonscrite et régionale; 3° en conséquence encore, le terme « myocardite » est inexact, et il convient de décrire la lésion sous le nom de *cardio-sclérose* (ou cardio-fibrose).

M. A. Brault, dont tout le monde apprécie la haute science anatomo-pathologique, a écrit que la doctrine de l'artério-sclérose généralisée « repose sur une interprétation inexacte des faits. » Or, pour que son affirmation ait toute valeur scientifique, il se doit à lui-même et il nous doit de produire des faits cliniques et thérapeutiques Car il sait aussi bien que nous que les lésions microscopiques sont vues également par tout le monde, et qu'elles sont seulement interprétées différemment par les divers auteurs ; il sait que les conclusions anatomo-pathologiques si changeantes attendent leur seule sanction de la clinique et des résultats thérapeutiques, de ce que Hufeland appelait : l'art éternel. Il nous permettra de mettre sous les yeux des *praticiens* ces paroles profondes et vraies d'un grand penseur, de Montaigne :

« Ainsi, quand il se présente à nous quelque doctrine nouvelle, nous avons grande occasion de nous en défier et de considérer qu'avant qu'elle feust produicte, sa contraire estait en vogue ; et comme elle a été renversée par cette cy, il pourra naistre à l'advenir une tierce invention qui chocquera de même la seconde. » — H. H.

**Erratum.** — Dans le n° 35 du *Journal des Praticiens*, p. 559, l'article de chirurgie où, par oubli, la signature manque, est de M. le professeur Le Dentu.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Cochin.* — M. le Dr Schwartz.

## De l'énucléation massive sous-capsulaire des goitres solides

Vous venez de voir avec moi une malade que nous avons opérée il y a dix jours et à laquelle j'ai enlevé ce matin les fils de suture d'une vaste plaie du cou en fer à cheval, plaie opératoire par laquelle nous avons pu enlever un volumineux goitre solide. Je tiens à vous dire son histoire, et à vous exposer l'opération que nous lui avons pratiquée en passant en revue à cette occasion les principales interventions dirigées contre les goitres.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui nous a été adressée du fond de l'Auvergne par un de nos opérés, probablement satisfait de son état. C'est une forte campagnarde, grande et maigre, au teint hâlé. Il n'y a pas de goitreux dans sa famille, très peu dans la région qu'elle habite. Elle s'est mariée à 18 ans, a eu deux enfants, deux fausses couches ; c'est à 20 ans, il y a par conséquent près de 18 ans, après son premier accouchement que le cou a commencé à grossir ; il s'est développé peu à peu pour prendre surtout de l'accroissement depuis un an.

Malgré cela, les troubles fonctionnels provoqués par la tumeur sont peu accentués ; ce n'est que lorsqu'elle marche vite, qu'elle monte, qu'elle a un peu de dyspnée; jamais elle n'a eu d'accès de suffocation ; sa voix n'a pas changé de timbre. Elle avale très facilement.

Par contre, l'état général est devenu moins bon dans ces derniers mois ; elle a des maux de tête, elle a perdu l'appétit, elle se sent très fatiguée et maigrit un peu. Pas de tremblements ni de palpitations.

L'examen local nous permet de constater la présence au niveau de la région antérieure du cou d'une grosse tumeur bilobée, transversalement placée, empiétant surtout à gauche sous le sternomastoïdien qui est soulevé par elle. Son diamètre transversal le plus large a environ 12 à 15 centimètres ; le vertical a 8 à 10 centimètres. La peau n'a pas changé de couleur et ne présente pas une vascularisation exagérée. La tumeur est mobile sur les parties profondes auxquelles elle tient néanmoins manifestement, les mouvements de déglutition provoquant son abaissement et sa montée ; elle est partout solide, quoique présentant à certains points une consistance comme élastique ; elle n'est pas bosselée. Le larynx et la trachée sont légèrement repoussés à droite. Il n'existe nulle part à l'auscultation de souffle ou de bruit anormal.

Nous posons le diagnostic de goitre parenchymateux bilatéral peut-être avec quelques kystes, tout en nous étonnant de la mobilité de la tumeur et du peu de compression qu'elle occasionne malgré son volume.

L'opération devait nous montrer que nous étions dans l'erreur ; qu'il s'agissait d'un goitre unilatéral gauche s'étant développé au devant de l'isthme et de la trachée et étant venu se loger aussi bien à droite qu'à gauche. C'est là un fait que je n'ai pas encore observé, pour ma part ; si j'ai déjà vu des goitres unilatéraux dépasser de beaucoup la ligne médiane pour aller évoluer dans le côté opposé, je n'en ai pas encore observé qui, comme celui-ci, envahissait totalement le côté opposé de façon à se loger sous le sternomastoïdien. Cependant, deux signes sur lesquels je viens déjà d'insister doivent nous mettre en garde contre l'erreur commise : d'un côté, la grande mobilité de la tumeur, mobilité verticale et transversale qui ne cadre pas avec une tumeur bilatérale toujours bridée dans ses mouvements par des adhérences laryngotrachéales plus complètes ; d'autre part, l'absence totale de tout phénomène sérieux de compression s'expliquant facilement par ce fait que la tumeur n'existant que dans un lobe, n'enserre pas la trachée comme elle le fait, pour peu que son volume soit considérable, lorsque le goitre est double. J'attire, Messieurs, votre attention sur ces symptômes, afin que vous puissiez, le cas échéant, ne pas faire un faux diagnostic au point de vue de la localisation de la maladie. Cela n'est nullement indifférent, comme vous allez le voir, pour le pronostic et le traitement :

Le pronostic chez notre malade était relativement bénin au point de vue des accidents actuels, mais l'on pouvait penser que, le goitre augmentant de volume, des phénomènes de compression ne tarderaient pas à se produire, étant donné la bilatéralité des lésions.

Au point de vue du traitement, que devions-nous faire ? Je ne vous parlerai pas du traitement médical du goitre qui, chez elle, avait été institué sans aucun résultat, si ce n'est l'augmentation rapide de volume de la tumeur; je ne discuterai pas non plus devant vous la question des injections parenchymateuses ; je les considère comme dangereuses, souvent inefficaces et compliquant singulièrement, du moment qu'elles ne réussissent pas, l'intervention opératoire rendue nécessaire.

Les opérations que l'on applique actuellement au goitre se divisent en deux grandes catégories : dans la première se rangent les thyroïdectomies, c'est à-dire l'ablation de tout ou partie du corps thyroïde enveloppé par sa capsule propre; dans la seconde se rangent les ablations ou énucléations intra-capsulaires ou sous-capsulaires, les énucléations intra-glandulaires ; ces opérations se basent sur ce fait que le goitre se développe en noyaux plus ou moins indépendants, plus ou moins encapsulés qu'il est possible d'enlever soit par excision, soit par énucléation sans toucher à la capsule propre du corps thyroïde, sans, par conséquent, risquer de blesser les organes avec lesquels il est en connexion ; de plus, ces opérations éminemment conservatrices de la capsule et des portions saines de la glande n'exposent jamais comme les thyroïdectomies pour peu qu'elles dépassent les trois-quarts de la glande à la

Digitized by Google

cachexie strumiprive au thyroïdisme aigu ou chronique.

Vous trouverez un excellent exposé de tout ce qui concerne leur technique, leurs accidents, leurs résultats dans une excellente monographie d'un élève distingué de mes amis, le professeur Poncet, de Lyon ; je veux parler de la thèse du docteur Léon Bérard (*Contribution à l'anatomie et la chirurgie du goitre*. Thèse de Lyon, décembre 1896). Vous y trouverez aussi la description d'une intervention que je ne puis facilement juger, puisque je n'en ai pas l'expérience ; je veux parler de l'exothyropexie ou de la mise à nu du goitre ; pour moi ce doit être une intervention de nécessité absolue à laquelle je ne me résoudrai que contraint et forcé. Mais revenons à notre malade ; je pensais pour elle, étant donnée la forme assez régulière des lobes thyroïdiens qu'il s'agissait de deux adénomes fœtaux, comme les a appelés Wœlfler, autrement dit de goitres intraglandulaires solides avec quelques petits kystes et énucléables,

Mon plan était donc celui-ci. Faire une large incision en V au-devant du cou, dont les deux branches encadrent les bords postérieurs des sternomastoïdiens, dont l'anse affleure à la fourchette sternale et relever le lambeau cutané aponévrotique et musculaire ; découvrir le goitre ; inciser de chaque côté la capsule et tenter l'énucléation intraglandulaire ou sous-capsulaire. Si celle-ci ne devait pas être possible, il fallait faire une thyroïdectomie unilatérale du plus gros lobe et laisser l'autre en place.

L'opération commencée, comme je viens de vous l'indiquer, nous a montré qu'il s'agissait d'un goitre unilatéral gauche formé de deux lobes réunis par un étranglement ; l'incision de la capsule thyroïdienne nous a fait tomber sur un goitre solide adhérent à cette capsule, mais nous permettant néanmoins de faire rapidement une énucléation sous-capsulaire, en n'ouvrant aucun des espaces profonds celluleux du cou. Vous avez pu voir qu'en certains points j'ai été obligé de passer à travers des adhérences assez intimes et très saignantes ; le gros noyau qui pesait 475 grammes une fois enlevé, vous avez pu voir pénétrer dans la capsule les deux pédicules supérieur et inférieur qui ont été liés séparément, et cela sans crainte de léser le recurrent en bas, une certaine épaisseur du corps thyroïde sain, existant encore en bas et en arrière ; l'hémostase en a été facile à l'aide de quelques points de suture au catgut et du tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée.

L'opération a été rapidement terminée par la suture des plans aponévrotiques et musculaires à la soie fine, puis par celle de la peau au crin de Florence.

Je tiens à insister un peu plus longuement maintenant sur l'énucléation massive sous-capsulaire que j'ai pu pratiquer chez notre malade.

Cette opération consiste, comme dit Bonnet, dans l'ablation de la plus grande partie d'un lobe thyroïdien hypertrophié, en opérant sous la capsule propre le plus possible et toujours sous elle, au moins au voisinage des pédicules vasculaires. Jamais par ce procédé tout le parenchyme du lobe n'est enlevé, car la capsule adhère assez intimement au tissu sous-cortical qu'elle pénètre et on garde constamment des parcelles adhérentes à sa face profonde dans les points où on l'a ménagée. Cette opération n'est, en somme, qu'un cas particulier de l'énucléation intraglandulaire mise en vogue par Socin, Reverdin, Burkardt, Billroth ; supposons que l'hypertrophie, au lieu d'être localisée et énucléable, soit au contraire étendue à presque tout le lobe et nous aurons ainsi à faire l'énucléation massive telle que je vous l'ai décrite. Ne croyez pas cependant, d'après la rapidité avec laquelle vous m'avez vu opérer, que cette opération se fasse toujours aussi aisément. Les adhérences peuvent être étendues et rendre difficile l'énucléation ; lorsque le goitre a été tourmenté et traité par les injections interstitielles, il faut alors tourner les adhérences, en allant chercher plus loin de chaque côté un endroit où la capsule n'adhère pas autant et puisse se décoller. L'hémorragie peut être abondante ; il ne faut pas vous en effrayer et surtout ne pas vous arrêter ; il faut aller vite et, dès que la tumeur est enlevée, tamponner, puis pincer un à un les vaisseaux qui saignent ; Poncet conseille, avec raison, de suturer par un surjet de catgut, la cavité thyroïdienne restante ; c'est une vraie suture hémostatique excellente quand le tamponnement ne suffit pas. Le goitre peut être tellement mou qu'il est impossible d'avoir prise sur lui ; vous m'avez vu tout récemment opérer un cas de cette sorte ; il faut prendre la curette et avec elle et le doigt enlever largement tout ce qui est en-dedans de la capsule.

Chez notre malade, nous n'avons eu aucune complication opératoire, et elle sort complètement guérie au bout du 11e jour. Vous pouvez remarquer combien est peu visible la cicatrice résultant de l'incision cutanée ; les deux branches étant cachées derrière les bords postérieurs des sternomastoïdiens, je ne saurai, en terminant, trop vous la recommander toutes les fois que vous aurez besoin de largement découvrir la région antérieure du cou.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Les troubles psychiques dans la convalescence de la pneumonie

Par le Dr Ch. Fiessinger
*Membre correspondant de l'Académie de médecine*

Rien qui affole comme le délire d'un malade. Chacun perd la tête et vite à la sonnette du médecin. Docteur, venez tout de suite. C'est le mot d'ordre. Il faut quitter la table, se lever la nuit, s'habiller à la hâte, suivre à toutes jambes le parent ou voisin qui court devant vous. On sait pourtant de quoi il s'agit ; on a déjà vu le malade. C'est une pneumonie ; un peu de délire est survenu. Vraiment on ne dérange pas les gens pour si peu. Et l'on se hâte en grommelant à part soi. Dès l'abord, à l'arrivée,

Digitized by Google

des gens bouleversés vous attendent, racontent, s'interrompent, se désolent. On vous conduit ou plutôt vous êtes poussé au lit du malade.

Il a sa pneumonie depuis quelques jours : rien d'anormal n'avait été constaté à la visite du matin. Les signes physiques, la fièvre, l'état général, tout cela rentrait dans la règle. Et voilà, depuis le soir, les yeux qui s'égarent, des phrases qui s'échappent sans suite, des questions saugrenues. Il y a de quoi s'effrayer en vérité. Non pas ; qu'on se rassure. Toutes les chances sont en faveur de troubles sans importance. Le malade, vous l'avez vérifié, dès le début, n'était atteint d'aucune tare antérieure ; pas de goutte, pas de néphrite interstitielle, pas de diabète, pas d'alcoolisme non plus. C'était un nerveux, un émotif dans la force de l'âge, s'emportant pour des riens et aussi très variable d'idées. Il est probable que les toxines pneumoniques ont mis en jeu l'excitabilité toute spéciale de ce système nerveux. Il s'agit d'un délire passager et peu grave. Une méningite peut-être ?

Le malade, qui a des intervalles lucides, ne se plaint guère de la tête ; il ne présente pas de modifications pupillaires, pas de contractures de la nuque, les vomissements du début de la pneumonie ne se sont pas reproduits ; le pouls la température n'ont pas varié. Et puis c'est si rare la méningite dans la pneumonie. En clinique, il ne faut pas trop compter avec les exceptions. On les signale d'un *mot* à la famille pour se réserver, le cas échéant, une porte de sortie. Mais on n'insiste pas.

Donc délire simple chez un nerveux atteint de pneumonie : l'ordonnance stipule l'évacuation de l'intestin par un lavement, les boissons abondantes pour favoriser par la diurèse l'élimination des toxines ; une potion avec du musc, de la valériane, voire du bromure si l'agitation est forte, et votre pronostic portait juste ; à la visite du matin suivant, le malade allait mieux.

Mais voici qui devient plus ennuyeux. Le délire parfois s'exaspère, devient furieux, et cela dès le début du mal, avant même que le diagnostic de pneumonie soit posé.

En 1888 nous avons vu un cas semblable. C'était un homme de 38 ans et non alcoolique ; nous le trouvons dans son lit maintenu par quatre hommes, gesticulant, crachant, grimaçant, en proie à une volubilité, à une incohérence de phrases ou plutôt de mots jurant ensemble et lancés dans une mimique effrenée. La température est à 40° ; l'auscultation rendue très difficile par l'agitation excessive ne revèle rien d'anormal, et cependant nous sommes au troisième jour de la maladie. Réservant notre diagnostic, nous ordonnons des bains tièdes prolongés de plusieurs heures de durée. Le traitement reste sans résultat. Nous perdons le malade de vue et apprenons que trois jours plus tard, le délire ne s'apaisant pas, la famille mal conseillée, dirigeait l'infortuné vers l'asile d'aliénés du Jura. Le temps du voyage et le malade arrivait exténué, comateux, mourant. Le médecin de l'asile eut le temps de reconnaître une pneumonie à la période agonique. Conclusion : se méfier des manies suraiguës avec élévation thermique à 40°. Parfois elles annoncent une pneumonie dont les signes n'apparaissent que plus tard. Heureusement que ces faits restent exceptionnels.

Ils se produisent bien plus souvent au déclin de la maladie, alors que le diagnostic de pneumonie, déjà porté, n'expose pas le médecin à commettre semblable bévue. Les troubles psychiques observés en telle occurence, si inquiétants paraissent-ils, ne sont pour l'ordinaire pas de durée. Il faut une tare familiale pour que la maladie mentale prenne racine.

Les trois observations suivantes font foi de cette assertion.

Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, vif de caractère et boulanger de son métier. En mars 1897, atteint d'une pneumonie du sommet droit, il ne présente, les six premiers jours de sa maladie, aucun phénomène alarmant. La température rectale se maintenait entre 40° et 40° 1/2 (24 mars, 2e jour : T. m. 40°3, T. s. 40°2; 25 mars : T. m. 40°3, T. s. 40°2; 26 mars : T. m. 40°5, T. s. 40°3 ; 27 mars : T. m. 40°4, T. s. 39°9 ; 28 mars : T. m. 40°, T. s. 39°8; 29 mars : T. m. R. 38°2, T. s. 38°2; 30 mars : T. m. 37°2); le pouls ne dépassait guère 100 pulsations. Mais voyez la coïncidence curieuse. En même temps que le matin du septième jour, la fièvre tombe à 38°2, le malade s'embrouille à la notion des choses.

Il n'est pas dans son lit ; mais à la cave et il a perdu sa femme. De là, désolation et larmes ; pour comble de guignon, des ennemis le poursuivent : des femmes et des enfants se moquent de lui, tambourinent de leurs doigts contre la vitrine de la boulangerie. Il y a de quoi gémir de pareille infortune, n'est-ce pas? Du même coup voir mourir sa femme et recevoir les injures des passants. Avec cela, le pouls est lent et bat à 68. Sauf le regard perdu, aucun autre signe morbide. Délire de convalescence. Cela sera fini sous peu. Le lendemain, en effet, il n'y paraissait plus.

Chez notre second malade, le délire de convalescence n'avait pas été aussi traitable. Il s'était insurgé, s'était débattu, avait cassé les vitres.

Le jeune V..., âgé de 18 ans, fils d'un père violent, prend un point du côté droit le 31 décembre 1892. La fièvre est des plus fortes (1er jour 31 décembre, T. m. R. 40°8, T. s. 41°6. 1er janvier, T. m. 40°2, T. s. 41°1. 2 janvier, T. m. 39°4, T. s. 41°2. 3 janvier, T. m. 38°4, T. s. 37°6). La pneumonie siège au sommet droit et se traduit par les signes physiques habituels. La rate est grosse ; des traces notables d'albumine sont retrouvées dans les urines.

Or, et tandis que, la fièvre étant élevée, notre malade restait calme, il commence à s'agiter comme le malade précédent, une fois que la température baisse. Le troisième jour déjà, la température ayant fléchi à 39°4, la nuit est entrecoupée de cris et de sursauts : mais c'est le matin

Digitized by Google

suivant, alors que le degré thermique de la veille au soir (T. s. 41°2) était descendu à 38°4, c'est ce matin-là que le délire éclate en véritable crise maniaque, aussi intense, tout en étant plus passagère que celle observée sur le malheureux dont l'histoire est rapportée plus haut et qu'une erreur de diagnostic avait dirigé sur un asile d'aliénés. Ici, sur notre jeune homme, ce sont des angoisses, des terreurs, des visions d'assassin, des appels : au secours, et, dans la lutte que le malade livre à trois hommes qui le retiennent, ce sont vociférations, injures et, tout d'un coup, maître de ses mouvements, ayant échappé à ses gardiens, c'est un saut hors du lit, un bond à la fenêtre, un carreau brisé et l'élan pour sauter à travers le carreau dans la rue. Mais déjà les bras des aides le ligotent et le ramènent au lit. Le soir, l'agitation persiste, moins forte toutefois, grâce à l'administration d'une potion avec bromure et chloral, et aussi peut-être atténuée par l'aide d'une reprise du mouvement fébrile. Le 4 janvier, cinquième jour de la maladie, T. m. 38°3, T. s. 38°8. sixième jour, T. m. 37°1. Cette fois la défervescence est définitive ; le calme revenu au complet.

Ces troubles mentaux surgissant avec une telle prédilection au moment de la chute thermique semblent traduire à coup sûr un mode réactionnel du système nerveux vis-à-vis des toxines pneumoniques. Mais pourquoi surviennent-ils surtout à ce moment-là ? Car on les rencontre à cette période de défervescence non seulement dans la pneumonie, mais encore dans la plupart des maladies infectieuses, et avant toutes, dans l'influenza et la fièvre typhoïde. D'autre part, ce ne sont pas seulement les centres d'idéation qui sont atteints ; les nerfs périphériques peuvent être frappés. Une de nos malades a eu son pneumogastrique touché au déclin d'une septicémie puerpérale.

En 1892, déjà nous avions publié cette histoire (*Gazette médicale*, p. 481). Il s'agissait d'une femme de 36 ans, alitée pour une septicémie puerpérale. C'était une personne nerveuse qui après plusieurs jours de fièvre modérée, à l'heure où la température était tombée de 39°1 (T. r.) à 37°9, présenta des accès de tachycardie paroxystique (pouls faible, filiforme battant de 190 à 210 fois par minute, impulsion cardiaque violente), avec éructations sonores, accès se répétant dans le cours de la soirée à plusieurs reprises, durant de deux minutes à une heure et se terminant par la guérison. Le traitement avait consisté en injections sous-cutanées d'éther et de caféine et nous avions attribué cette complication à une paralysie du pneumogastrique par l'agent infectieux.

Ici le pneumogastrique au déclin d'une septicémie puerpérale, là les centres psychiques au déclin de la pneumonie, ailleurs les nerfs périphériques. Et nous renouvelons notre question. Pourquoi ces accidents correspondant avec la chute thermique ?

En 1892, et nous la reprenons aujourd'hui parce qu'elle nous semble le mieux s'accorder avec les faits, nous avions émis l'hypothèse d'une élimination par poussées successives des toxines de divers ordre. Les toxines pyrétogènes, celles dont l'action est d'oxyder et de solubiliser, par la fièvre qu'elles provoquent (A. Gautier, A. Robin), les poisons morbides, ces toxines sont éliminées trop tôt ; d'autres toxines, que les premières avaient pour mission de détruire, restent seules ; elles s'attaquent dès lors à un système nerveux prédisposé et que la chute thermique a désarmé devant l'infection.

La seconde de nos observations, où la défervescence de la pneumonie s'établit dès le quatrième jour, tombant brusquement de 41°2 à 38°4 est faite pour corroborer cette interprétation d'une façon saisissante. La fièvre baisse : le délire est furieux ; la fièvre remonte, le calme renaît.

La bonne fièvre salutaire d'Hippocrate, décidément, il faut y revenir et pour notre part nous l'avons fait il y a longtemps. Au sujet de la pneumonie particulièrement, nous avons rompu pas mal de lames pour établir l'utilité du mouvement fébrile (*Gaz. Médicale*, 1891 et 1894). Que la doctrine de Liebermeister, avec son hyperthermie à réduire, ait fait subir un recul à la thérapeutique, à cela pas le moindre doute. Il y a peu d'années encore, les gens mouraient dans le collapsus et guéris de leur fièvre. La doctrine le voulait ainsi et ce que l'on apprenait à l'école était de respecter la doctrine. La défendre était la grande affaire. C'est à peine si le corps des agrégés donnant dans son ensemble suffisait à la besogne. Quant au malade, c'était un impertinent. On ne meurt pas quand la doctrine s'y oppose.

Rien n'empêche d'appliquer la même interprétation au délire du cours de la maladie : il y a de la fièvre soit, mais une fièvre insuffisante eu égard aux toxines. Celles-ci impressionnent le système nerveux et l'excitent par le même procédé que dans la convalescence. Toutefois, au cours de la pneumonie et pour peu que le malade ne soit pas trop affaibli, la fièvre, si minime soit-elle, existe chaque fois que les toxines à éliminer sont abondantes. Cette fièvre, pour atténuée qu'elle paraisse, exerce donc quand même son action comburante et éliminatrice ; elle détruit des toxines, mais trop peu. Il en reste ; le délire se produit ; le système nerveux psychique se révolte.

Sur les deux malades dont nous avons résumé l'observation, les troubles psychiques de convalescence n'ont fait que passer. Quand l'héridité s'en mêle, ils peuvent s'installer pour des semaines, parcourir toute la gamme des troubles mentaux, passer de la manie à la stupeur, puis à la confusion mentale et à la lypémanie.

Témoin l'observation suivante :

Madame X..., âgée de 38 ans, est une femme nerveuse, ayant eu cinq enfants et en ayant perdu deux. Sa douleur à ce moment avait été l'occasion de crises nerveuses. Son père, du reste, est rhumatisant et vif de caractère ; une sœur de ce père avait été enfermée quelque temps dans un asile d'aliénés pour un accès maniaque.

Digitized by Google

En octobre 1896, suite d'un refroidissement (elle était allée de nuit ouvrir la porte de la cour, étant incomplètement vêtue), elle est prise d'un violent frisson, de vomissements, d'un point du côté droit. Et c'est tout le cortège d'une pneumonie classique qui défile : souffle tubaire, râles crépitants à la partie moyenne et inférieure du poumon droit ; crachats rouillés. Un seul signe nous arrête. Les urines sont très albumineuses et la diurèse se fait mal. Le pouls, entre 92 et 96 pulsations, demeure ample, résistant. La température oscille dans les limites habituelles (21 oct., 1er jour, T. s. rect. 40°2 ; 22 oct., T. m. 39°9 ; T. s. 40°1 ; 23 oct. T. m. 40° ; T. s. 40° ; 24 oct. T. m. 40° ; T. s. 39°6 ; 25 oct. T. m. 39°9 ; T. s. 39° ; 26 oct. T. m. 37°5 ; T. s. 38° ; 27 oct. T. m. 38° ; T. s. 38°2 ; 28 oct. T. m. 37°8. A remarquer cette fois encore l'abaissement fébrile qui s'opère le septième jour pour être suivi d'une légère recrudescence. Là aussi, la maladie tourne plus court que d'habitude ; la fièvre tombe trop tôt, surtout si l'on songe à la quantité d'albumine que renfermaient les urines et combien cette quantité d'albumine devait agir comme barrage à l'élimination urinaire alors qu'elle témoignait déjà, cette albumine, d'une irritation du filtre rénal par les poisons pneumoniques à hautes doses. Demeurées maîtresses du terrain, non arrêtées par la fièvre qui était tombée, les toxines se livrèrent à un assaut formidable du système nerveux.

Déjà, pendant la maladie, une insomnie persistante, la continuité de l'agitation nocturne avaient frappé l'entourage et la malade elle-même s'en était plainte. Mais voici que le 26 octobre, après la première journée d'apyrexie et quelques visites ayant été reçues dans l'après-midi, la malade, qui, toutefois, avait déjà eu un peu d'égarement dans le regard, au cours de la conversation, prend soudain une expression d'angoisse et de fixité. Sans autre préambule, elle déclare qu'elle veut se suicider, fait ses adieux aux siens, pousse des sanglots déchirants, s'exalte dans sa douleur, crie plus fort, mêle à ses plaintes des paroles incohérentes. Les urines, les matières fécales sont rejetées involontairement, inconsciemment. Une potion de bromure et de chloral, des bains tièdes à 36° d'abord de 1 heure, puis de 2 à 3 heures matin et soir, une compresse d'eau fraîche étant maintenue sur la tête n'amènent qu'une sédation passagère. De temps à autre, quelques quarts d'heure de sommeil, mais traversés de paroles délirantes, de mouvements désordonnés des bras et des jambes. La température oscille autour de 38°, le pouls entre 90 et 116 pulsations. Cet état dure 6 jours, du 28 octobre au 3 novembre, à cette différence près que peu à peu cependant les intervalles de sommeil avaient été plus longs à la fin de cette période.

A ce moment le tableau change.

Plus d'insomnie, plus d'agitation, plus de loquacité, mais sommeil profond, stupeur, mutisme. Seule l'incontinence d'urine et des matières fécales accuse par sa persistance les désordres du système nerveux. Ou plutôt elle n'en témoigne que pendant le sommeil, car, dès qu'on réveille la malade, la fixité du regard est là qui suffit à ramener la certitude.

Que si maintenant on veut faire absorber quelque nourriture, les traits du tableau se chargent : la malade serre les dents, impossible de les écarter. On doit se résigner à l'alimentation par les fosses nasales : une sonde d'abord, puis le bec effilé d'une veilleuse faisant pénétrer dans les narines très lentement et avec des reprises, la tête étant légèrement renversée, faisant pénétrer du lait, des jaunes d'œuf battus dans du lait, du sirop de quinquina, des glycérophosphates. Le 4 novembre, second jour de la stupeur, on constate les attitudes cataleptoïdes des membres qui gardent la position qu'on leur imprime.

Des râles humides encombrent les bronches ; de temps à autre une petite quinte de toux, un bredouillement confus, puis la nuit cérébrale à nouveau. Le 6 novembre, c'est-à-dire dans le quatrième jour de la stupeur, une lueur paraît, à la stupeur complète succède la confusion mentale : la malade tourne les yeux, regarde les personnes qui l'entourent et causent à voix basse, les prie de se taire. Les sentiments affectifs se lèvent ; elle demande ses enfants, les embrasse en pleurant ; cependant ce n'est là qu'une éclaircie, partout ailleurs, l'ombre règne encore. L'incontinence d'urine persiste ; les dents restent serrées, l'alimentation continue de se faire par le nez. Le 7 novembre, on note ce détail curieux : la malade desserre les lèvres pour avaler ; elle y met de la bonne volonté et s'applique ; seulement elle oublie de desserrer les dents. Le 9 novembre, elle répare cette absence ; cette fois les dents sont écartées à leur tour, avec effort, on le voit, mais enfin suffisamment et la cuillère passe ; on cesse l'alimentation par les narines ; le même jour, les besoins d'uriner sont sentis ; le vase est demandé.

Et nous entrons dans une troisième période de l'affection mentale : la lumière pénètre plus large, mais toujours trouble. Les idées s'éveillent plus nombreuses, mais toujours fausses. C'est une obsession de tristesse, le remords d'avoir été en faute, d'avoir mal soigné ses enfants, d'avoir laissé étouffer son mari sous un tunnel, et puis à côté de ces pensées délirantes qui ne reposent sur rien, prend place encore une interprétation défectueuse des sensations présentes : une porte qui se ferme devient un coup de tonnerre, le crépitement des bois dans la cheminée est pris pour des cris du dehors. Les paroles rassurantes sont accueillies avec méfiance, mais exercent quand même un effet. La malade serait-elle folle ? Mais oui, elle s'en aperçoit, et depuis quand ? Une réponse douce la calme. De jour en jour, le mieux s'accentue. Encore quelques instants d'agtation néanmoins et réduits par des bains tièdes qu'on avait cessés depuis l'apparition de la stupeur.

L'alimentation s'opère normalement. Les forces renaissent. La guérison est complète. Toutefois, au moment des règles, les idées tristes regagnent du terrain. Madame X... a peur de perdre ses enfants, d'avoir son mari

Digitized by Google

sérieusement malade, et c'est l'idée martelante qui la tient clouée sur place, le regard angoissé et vague. Une saison en avril à Divonne assure la guérison.

De cette observation et des précédentes, nous déduirons quelques données pratiques : d'abord la violence possible des troubles mentaux dans la convalescence de la pneumonie, et cela en dehors de tout alcoolisme, chez des personnes nerveuses, tout simplement. Ces troubles psychiques, qui simulent des accès de manie sur nos malades, ne se prolongent d'habitude pas longtemps ; il est même possible qu'ils disparaissent alors qu'à l'apyrexie de la défervescence fait suite un nouveau mouvement fébrile. Néanmoins, en cas de tare névropathique trop accusée et pour peu que des troubles mentaux aient déjà existé dans la famille, les accidents psychiques de la convalescence de la pneumonie prennent position pour des semaines, variant dans leurs manifestations, passant d'une forme à l'autre, allant de la manie à la stupeur profonde, puis à la stupeur atténuée qu'est la confusion mentale, puis à la lypémanie avec idées tristes et de remords.

Dans tous ces états morbides, le pronostic est pour l'ordinaire favorable. Chacun se désespère. Le médecin garde son sang-froid ; il a vu chose pareille : cela guérira. Une réserve cependant, et à ce sujet : Que le praticien ne se laisse pas aller, dans la question du traitement et lors des périodes d'excitation, à céder aux sollicitations de la famille. On lui demandera d'appliquer des sangsues, de faire une saignée ; qu'il résiste. Son assentiment risquerait d'augmenter les chances vers la chronicité du mal. Et puis à quoi servirait une émission sanguine ?

Après une maladie débilitante comme la pneumonie, les troubles psychiques ne sont pas dus à de la congestion cérébrale ; on pourrait plutôt invoquer l'anémie ; mais que d'anémiques plus invétérés où les troubles psychiques font défaut.

La pathogénie de ces troubles semble résider bien plus sûrement dans des troubles non plus de circulation du sang, mais d'influx nerveux, l'influence des toxines pneumoniques se traduisant par une irrigation anormale de cet influx nerveux à travers les territoires cérébraux.

Dans la manie, cet influx nerveux s'échappe hors des voies de canalisation créées par les instincts, les habitudes, les associations d'idées ; c'est un bouleversement, une inondation des groupes cellulaires qui ripostent par l'excitation désordonnée et le délire incohérent du sujet. Dans la stupeur, au contraire, l'influx nerveux est paralysé ; c'est une mer morte ; quelques vagues, un semblant de vie et nous allons à la confusion mentale où l'influx nerveux circule par échappées très courtes. Le tassement de cet influx nerveux dans une zone psychique limitée qui fonctionne isolément, sans entrer en relations avec les zones voisines, ce tassement qui éveille une idée, toujours la même, sans qu'elle puisse être corrigée par les idées voisines amène l'obsession, et si l'idée est triste, la lypémanie. Pour réprimer de pareils désordres, à quel résultat aboutiraient des soustractions sanguines, sinon à affaiblir le malade et à diminuer ses chances de guérison ? Pour régler les mouvements dérangés de l'influx nerveux, mieux vaut recourir dans les heures d'excitation aux bains prolongés tièdes de 2 à 3 heures de durée et même davantage ; à côté de ces bains, les sédatifs du système nerveux (bromures, valériane, musc, etc.), ont leur place marquée ; plus tard, et l'excitation étant calmée s'il survient de la stupeur, c'est au tour des toniques et d'une alimentation substantielle d'entrer en jeu. Des douches froides, comme celles qu'on administre à Divonne auront raison des quelques troubles délirants qui pourraient subsister quand l'équilibre est à peu près rétabli.

## CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard

### Traitement des dyspepsies par le massage de l'estomac

J'ai toujours souvenance d'une malade à laquelle je donnais des soins pour une dyspepsie très tenace, il y a une quinzaine d'années, et qui avait épuisé sans résultat, et même avec aggravation des symptômes, toutes les drogues les plus variées, depuis les acides jusqu'aux alcalins, depuis les amers jusqu'aux agents médicamenteux réputés pour être digestifs. Voyant l'insuccès croissant de ma médication, je provoquai une consultation avec M. le Dr Leven, qui prescrivait des médicaments, mais à dose infinitésimale sans doute, pour avoir l'air d'en donner, et qui basait surtout sa médication sur la diététique alimentaire. L'effet ne se fit pas attendre, et, après quelques mois, la malade qui en plus de sa dyspepsie, était atteinte d'une véritable « gastropathie médicamenteuse » — trop souvent l'œuvre du médecin — avait obtenu une guérison complète et définitive. Depuis cette époque, j'ai fait mon profit de cette erreur thérapeutique — car en médecine les erreurs avouées sont toujours profitables — et j'en suis arrivé à ne prescrire des médicaments dans les maladies d'estomac que lorsqu'ils sont expressément indiqués. Le professeur Hayem n'agit pas autrement, et après avoir montré la fréquence des gastropathies médicamenteuses, voici comment il s'exprime :

« Il faut toujours ménager l'estomac, s'enquérir de la manière dont il fonctionne et faire, autant que possible, pénétrer les médicaments par une voie détournée. » Rappelez-vous aussi ce que Tissot disait, à la fin du siècle dernier, au sujet du traitement de l'état nerveux, et voici le passage que j'ai tenu à reproduire dès 1882 à l'article « Neurasthénie », du Traité des névroses : « On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

Ces paroles devraient être profondément gravées dans votre esprit, à vous qui allez bientôt vous trouver aux prises avec les difficultés de la pratique, et qui aurez une tendance trop naturelle à abuser des drogues. Or, rien

Digitized by Google

n'est plus facile que d'en ordonner, rien n'est plus difficile que de se contenter des ordonnances empruntées à l'hygiène et au régime alimentaire, ou encore de la prescription des agents physiques.

Est-ce à dire que dans les dyspepsies, il n'y ait rien à faire? Loin de là ma pensée, et pour vous le prouver, tout en laissant de côté le régime alimentaire, l'emploi de l'électricité et de l'hydrothérapie dont je vous parlerai plus tard, je vais vous entretenir aujourd'hui du *massage* dans le traitement de ces maladies.

Le massage — vieux comme le monde, puisque l'histoire nous apprend qu'il était pratiqué en Chine trois mille ans avant notre ère — voilà un procédé bien à l'usage de tous les praticiens, et vous l'avez pour ainsi dire au bout des doigts. Dans ces derniers mois, vous avez vu que nous avons confié plusieurs malades de notre service à M. Cautru, auteur d'une thèse remarquable sur ce sujet (1), et les bons résultats de ce traitement ne se sont pas fait attendre. J'ajoute que M. G. Berne a publié dès 1889 (2), à mon instigation, une note sur le traitement de la constipation par le massage au sujet d'une malade que je lui avais adressée, et que mon ancien interne, M. le Dr D. Courtade a fait de cette question et de celle de l'électricité l'objet de recherches fort instructives. Enfin, mon collègue M. Barié est l'auteur d'une revue générale très documentée sur « le massage dans les affections médicales (3) ». Dans deux thèses de Paris, utiles à consulter, R. Hirschberg (1889) et R. Flamm (1893), il est démontré que les effets du massage local peuvent être groupés en *mécaniques chimiques* et *nerveux*.

1° Les effets *mécaniques* consistent dans l'augmentation des contractions de l'estomac et conséquemment dans la réduction de la durée du séjour alimentaire dans cet organe, ce qui est démontré par les expériences suivantes : Après un massage stomacal, Chpolianski (4) constate manifestement à l'aide du sondage que le séjour des aliments dans l'estomac a souvent une durée presque moitié moindre. R. Hirschberg donne un gramme de salol, et l'on sait qu'il faut en moyenne à l'état normal 2 heures à 2 heures 1/2 pour que l'on constate les premières traces d'acide salicylique dans les urines. Après le massage, elles se montrent une heure plus tôt et l'élimination totale se fait beaucoup plus rapidement, résultats confirmés quelques mois plus tard par Eccles (5).

On sait de plus que le massage général aboutit à des effets *circulatoires* et *nutritifs* très accusés, qu'il active la nutrition et qu'il augmente l'assimilation des substances azotées. Enfin, d'après les recherches de Pouloubinsky (6) le massage abdominal élève le chiffre de l'urée et a une action diurétique manifeste. C'est là, pour le dire en passant, un résultat qui n'est pas à dédaigner dans le traitement des cardiopathies.

2° Les effets *chimiques*, bien étudiés par les recherches de Cautru qui ont porté sur l'élément glandulaire de l'estomac, sont les suivants : 1° Rapprochement du chimisme stomacal vers l'état normal ; 2° Rétablissement de l'équilibre dans l'ensemble du chimisme, par l'abaissement des valeurs trop élevées et par l'élévation des valeurs insuffisantes ; 3° Action sur les troubles évolutifs par l'augmentation et la régularisation de l'évolution digestive.

3° Les effets *nerveux* sont les suivants : sédation de la douleur et de l'exagération du réflexe, excitation du réflexe endormi (Cautru).

Une médication aussi efficace doit être recommandée, quand elle excite l'appétit et prévient la stase stomacale par une évacuation alimentaire plus rapide, qu'elle empêche ainsi certaines fermentations gastriques, qu'elle réveille l'activité secrétoire endormie de l'hypopepsie ou la modère dans l'hyperpepsie, quand elle peut à la fois être sédative de la douleur ou excitatrice de la musculature stomacale. Elle doit être prise en sérieuse considération, puisqu'elle peut unir en même temps la médication de l'estomac malade et de l'intestin, puisqu'elle peut agir sur le foie, sur le « foie torpide » des Anglais et même sur la secrétion pancréatique, puisqu'elle peut activer la circulation intra-abdominale et augmenter la diurèse. Et ce n'est pas seulement dans les dyspepsies simples avec ou sans dilatation stomacale, avec ou sans hypo ou hyperchlorhydrie que cette médication externe produit de bons effets, c'est encore dans les dyspepsies symptomatiques des tuberculeux, des chlorotiques, des nerveux, des malades atteints de relâchement des ligaments suspenseurs des viscères, des cardiopathes.

Chez ces derniers malades, dit Cautru, « le massage abdominal combiné avec le massage général, en rétablissant heureusement la circulation, soulagerait le myocarde altéré, qui avec moins d'efforts ferait plus de besogne. » D'après Federn (1), dans l'artério sclérose, l'élévation de la pression sanguine n'est pas toujours la conséquence obligée de l'altération des parois artérielles, et la preuve c'est qu'elle peut cesser avec l'excitation du grand sympathique. C'est là une opinion que je défends, pour ma part, depuis de longues années, puisque j'admets que les lésions vasculaires dans l'artério sclérose sont précédées par une phase plus ou moins longue d'hypertension artérielle. Il en résulte que dans l'insuffisance cardiaque relative, il faut chercher, non pas à augmenter la force du myocarde, mais à diminuer les résistances périphériques, dont l'auteur allemand place le point de départ dans l'atonie intestinale. A part cette dernière opinion qui me semble trop exclusive et peu compréhensible tout cela est

(1) Traitement des dyspepsies ; massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme stomacal (*Thèse de Paris*, et *Congrès de Caen*, 1894).
(2) *Journal des Praticiens*, 1889, page 408.
(3) *Journal des Praticiens*, 1892, page 18.
(4) *Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1886.
(5) *The Practitioner*, oct. 1889.
(6) *Vratch*, 1889 et *Journal des Praticiens*, 1889, p. 758.

(1) *Soc. impériale et royale des médecins de Vienne*, 1894.

Digitized by Google

juste, et vous savez que depuis longtemps je ne cesse de vous répéter qu'un des grands principes de la cardiothérapie peut être contenu dans cette phrase : *Soulager le cœur pour le fortifier.*

Quelle est dans les dyspepsies diverses, la technique du massage de l'estomac ?

Il faut d'abord placer le malade sur un lit dur et abordable des deux côtés, le siège un peu élevé, les cuisses en demi-flexion sur le bassin et en légère abduction pour mettre les muscles abdominaux dans l'état de relâchement ; la bouche doit être entr'ouverte, la respiration libre, par petites inspirations pour éviter la tension abdominale résultant du trop brusque refoulement de l'estomac et de l'intestin. Ceci fait, on procède à la délimitation exacte de l'estomac, et à l'opération du massage qui peut être *superficiel* et *profond*.

1° Le massage *superficiel* est différent suivant le résultat que l'on veut obtenir : simple effleurement de la région gastrique que l'on interrompt de temps en temps avec la pulpe des doigts dans le but de réveiller et de tonifier l'action physiologique de l'organe (dilatation gastrique avec hypopepsie); frictions douces avec la face palmaire de la main, dans le but de produire une action sédative sur les douleurs gastralgiques. Tous les auteurs recommandent de pratiquer ces manipulations de gauche à droite, c'est-à-dire du cardia vers le pylore. Cautru, au contraire, pense qu'on peut les faire indifféremment de droite à gauche ou de gauche à droite, lorsque l'on se propose, avec le massage superficiel, de calmer la douleur, d'exciter la secrétion glandulaire, de brasser les atiments et non de les expulser. Le massage superficiel peut se pratiquer pendant la première heure après le repas.

2° Le massage *profond* ne doit jamais se faire d'emblée, et dans les cas de dyspepsie douloureuse, il est préférable de commencer par un massage superficiel sédatif jusqu'à ce que l'anesthésie de la région ait été obtenue. Voici le procédé indiqué par Hirschberg :

En écartant les doigts d'une des deux mains, on place les doigts de l'autre main dans les espaces interdigitaux, ce qui forme ainsi une espèce de peigne ou de brosse ; avec cette surface, on arrive à produire sur une grande partie de l'estomac des pressions profondes qui doivent être dirigées de la grande courbure et de l'extrémité gauche de l'estomac vers le pylore; après ces pressions on procède aux « mouvements de tremble » de Georgi en appliquant la main sur le milieu de la région gastrique que l'on comprime d'une façon légère, brusque et intermittente, et on finit la séance (d'une durée de quinze à trente minutes au plus) par le massage des intestins. Le massage profond doit se faire deux à trois heures après une nourriture liquide, quatre à cinq heures après une nourriture solide.

Les contre-indications sont toutes les gastropathies accompagnées de processus ulcératifs (cancer, ulcère), les maladies aigues et fébriles de l'estomac, les dyspepsies caractérisées par l'accélération de l'évolution digestive.

J'ai maintenant à vous indiquer les indications et les procédés du massage à employer dans deux types chimiques opposés ; l'hyperpepsie et l'hypopepsie.

Sans doute dans l'*hyperpepsie*, un régime alimentaire spécial et les alcalins à haute dose ont fait leurs preuves. Mais, quoi qu'on ait dit, le massage bien compris, peut devenir un utile adjuvant à ces médications, et Cautru fait remarquer avec juste raison que, s'il rend des services dans les cas où le chimisme stomacal montre un ralentissement de l'évolution digestive, il peut être nuisible dans les cas contraires (accélération de la digestion). Pendant la première période de la digestion, souvent douloureuse, on devra recourir au massage superficiel sédatif ; plus tard, trois ou quatre heures après le repas, alors qu'on voit souvent se produire des phénomènes de stase alimentaire et de fermentations anormales, un massage plus profond sera indiqué pour exciter la musculature gastrique et expulser tous les résidus alimentaires.

Dans l'*hypopepsie*, la muqueuse gastrique réagit mal au contact des aliments, la sécrétion glandulaire et les contractions musculaires sont insuffisantes, d'où le passage dans l'intestin d'aliments incomplètement digérés. Ici, le massage a pour but d'activer la digestion et de tonifier l'organe. Il doit être d'abord superficiel, sédatif lorsqu'il y a de la douleur, puis excitant et profond pour réveiller le réflexe stomacal diminué ou aboli. Il s'agit donc d'un véritable massage *digestif* capable, non seulement d'activer le travail de la digestion, mais aussi de prévenir l'accumulation alimentaire, les fermentations et la dilatation qui en sont la suite.

Le massage *évacuateur* adjuvant du massage digestif trouvera donc ici son indication ; il sera profond, dirigé cette fois du cardia vers le pylore (Cautru), et M. Hayem rappelle à ce sujet que « les gros mangeurs de l'antiquité qui éprouvaient des gonflements après leurs repas, avaient imaginé de se frapper l'estomac à coups de poing pour en provoquer l'évacuation ».

Tels sont les indications et les bons effets du massage dans les dyspepsies. Pour vous les faire connaître, j'ai puisé aux meilleures sources, je me suis inspiré des recherches d'auteurs les plus compétents et de ma petite expérience personnelle qui m'ont appris l'importance incontestable de ce mode de traitement. Je vous engage à y recourir le plus souvent, sans laisser de côté d'autres médications adjuvantes, parmi lesquelles il convient de citer l'emploi de l'hydrothérapie et de l'électricité dont j'aurai, bientôt peut-être, l'occasion de vous entretenir. Mais, rappelez-vous pour l'instant, cette triade thérapeutique des dyspepsies :

*Beaucoup de régime alimentaire et d'hygiène; massage local dans la plupart des cas ; peu ou pas de médicaments.*

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## CHIRURGIE

**Dangers des opérations dans le goitre exophtalmique.** — La note que j'ai présentée à l'Académie au mois de juillet au nom de M. Jaboulay sur le « Traitement du goitre exophtalmique par la section ou la résection du sympathique cervical » a provoqué deux communications, l'une de M. Doyen (27 juillet), l'autre de notre éminent collègue M. Péan (3 août) sur la même question (1).

M. Doyen, après avoir rapporté deux observations personnelles de thyroïdectomie pour goitre exophtalmique, avec succès dans les deux cas, proscrivit toute intervention sur le sympathique cervical comme moins efficace et plus dangereuse que la thyroïdectomie.

M. Péan, de son côté, a discuté devant vous les indications d'intervention que peut fournir la maladie de Basedow, et vous a exposé son manuel opératoire pour l'ablation de la tumeur thyroïdienne, avec les modifications qu'il peut comporter suivant les différents cas. Lui aussi conclut : que, même dans les cas graves, la thyroïdectomie est d'une exécution facile, — qu'elle donne des guérisons durables sans danger de myxœdème consécutif même après ablation de la glande en totalité, — enfin que l'exothyropexie, aussi bien que la section du sympathique cervical, n'ont pas encore fourni un assez grand nombre de guérisons pour qu'elles puissent être opposées avantageusement à la thyroïdectomie.

Je ne veux pas revenir sur l'innocuité de la sympathicotomie, de la sympathectomie (Jaboulay, Faure et Paul Reclus, Gérard-Marchand) et sur son efficacité dans la cure du goitre exophtalmique . jusqu'à présent je ne connais pas de cas de mort à la suite de cette opération, et aucun accident grave n'a été relaté par les chirurgiens déjà nombreux qui y ont eu recours. D'autre part, les guérisons obtenues par M, Jaboulay se maintiennent parfaites encore aujourd'hui, les améliorations persistent et s'accentuent. Dans sa communication, M. Jaboulay a exposé lui-même les raisons anatomiques et physiologiques pour lesquelles les résultats immédiats ou définitifs peuvent être variables, et avec les opérés et avec les chirurgiens. Donc, jusqu'à plus ample informé, la valeur et l'originalité de sa méthode doivent être prises en très sérieuse considération. La sympathectomie est sans danger, comme le reconnaît M. Péan, qui, lui-même, la pratiqua il y a 3 ans chez un épileptique basedowien, qu'il cherchait à guérir de son épilepsie et non de son goitre exophtalmique, et chez lequel il obtint néanmoins une amélioration de ces deux affections.

Par contre, je ne puis partager l'opinion de MM. Péan et Doyen, relative à l'innocuité constante de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow.

M. Doyen a eu deux guérisons successives : ce chiffre est insuffisant pour juger une méthode. Quant à M. Péan, si jamais il n'a enregistré d'accidents, c'est peut-être qu'il s'est trouvé en présence d'une série heureuse, au sens le plus large du mot.

En effet, ce n'est pas en tant qu'opération même que la thyroïdectomie est dangereuse pour les basedowiens. Que l'on pratique la forcipressure ou le pincement temporaire des vaisseaux avec ligature consécutive, — que l'on fasse une thyroïdectomie, une strumectomie, une énucléation massive ou une exothyropexie, les conditions opératoires restent les mêmes que pour un goitre banal. Le seul point particulier de la tumeur des basedowiens, c'est qu'elle est d'ordinaire plus charnue, moins kystique, et que son ablation demande une hémostase plus soignée il est vrai, sans que l'intervention en soit en rien compliquée.

Je dirais même avec M. Péan que la mortalité opératoire est nulle ou à peu près, à n'envisager que les accidents tels que l'hémorragie primitive ou secondaire, l'entrée de l'air dans les veines, la suffocation et la syncope respiratoire ou cardiaque.

Malheureusement ces accidents ne sont pas les seuls : il en est d'autres absolument indépendants de l'habileté manuelle et de l'expérience du chirurgien. Je veux parler de ces morts presque subites survenant quelques heures ou quelques jours après l'opération, qu'ont eu à déplorer la plupart de ceux qui ont opéré un certain nombre de goîtres exophthalmiques, et qui reconnaissent pour cause très probablement :

1° Une intoxication aiguë par les produits de la glande altérée, lancés brusquement à dose massive dans le torrent circulatoire ;

2° Des perturbations graves dans l'innervation cardiaque et vasomotrice, par l'irritation d'un grand sympathique pathologique, déjà très susceptible et trop actif. Ce rôle de grand sympathique est surtout évident dans les cas de mort après l'exothyropexie (comme nous en avons eu chacun un cas Jaboulay et moi) où l'hémorragie est réduite au minimum. Les nerfs de la glande, tiraillés dans les manœuvres de luxation des lobes, déterminent en effet une hypersécrétion qui se traduit au dehors chez tous les goitreux opérés (goitre simple ou exophthalmique) par une exsudation abondante de sérosité, et qui, chez tous, aussi amène pendant quelques jours une décharge intra-vasculaire, dont les effets représentent ce que j'ai appelé la *fièvre thyroïdienne* (1).

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séances du 27 juillet et du 3 août 1897.

(1) Ces effets sont de tous points comparables aux accidents que l'on observe chez les individus intoxiqués par une médication thyroïdienne (pulpe et iodothyrine) trop longtemps prolongés.

Digitized by Google

Chez les basedowniens en particulier, cette décharge est-elle plus subite, plus abondante, ou les produits plus toxiques ?

Ces points sont encore à l'étude ; mais, en définitive, c'est elle qu'il faut incriminer.

Quant aux troubles cardiaques consécutifs aux manœuvres sur la thyroïde, tous les chirurgiens les connaissent ; E. de Cyon vient d'en fournir la raison expérimentale (*Acad. des sciences*, 28 juin 1897), en montrant les relations étroides qui existent entre l'innervation thyroïdienne, le nerf dépresseur et les nerfs modérateurs du cœur. Ces troubles seront d'autant plus à redouter chez les basedowiens qu'il s'ajouteront à la fatigue antérieure du myocarde et à l'affolement de ses régulateurs nerveux.

Les partisans de la thyroïdectomie pourraient objecter en sa faveur que le meilleur moyen de la rendre inoffensive est de la faire totale, puisque par là on supprimerait la source de l'intoxication mortelle, qui subsiste au contraire et donne un plus fort débit après les opérations partielles. M. Péan dit avoir pratiqué plusieurs de ces thyroïdectomies totales sans jamais avoir constaté à la suite le myxœdème opératoire, affirmation qui serait rassurante pour les chirurgiens et leurs opérés. Mais parfois la thyroïdectomie totale elle-même ne suffit pas pour guérir le basedowisme ; témoin la jeune malade de M. Jaboulay, qui subit successivement plusieurs exothyropexies, l'ablation en plusieurs temps de ses trois lobes thyroïdiens, et qui ne fut débarrassée de son exophthalmie, de ses palpitations et de ses troubles nerveux qu'après la résection double du sympathique cervical. D'ailleurs, ainsi que le fait observer M. Péan, et comme l'avaient signalé nombre de chirurgiens suisses et allemands, il semble que dans le myxœdème opératoire, il y ait un *facteur* régional important : Rosander déjà avait réuni en 1890, pour le Congrès de Berlin, 30 cas de thyroïdectomie, en apparence totale, sans myxœdème consécutif ; de plus on a rarement constaté ce dernier en Angleterre, exceptionnellement en Italie, beaucoup plus souvent en Suisse qu'en Allemagne. Malheureusement ce sont là de simples faits négatifs, non coordonnés d'un contrôle exact très difficile quant à la destruction totale de la glande et des glandules thyroïdiennes, et qui, mis en regard des faits positifs beaucoup plus nombreux de Schiff, de Reverdin, de Kocher, d'Eiselsberg, de Gley et de nous-mêmes, laisseront le chirurgien très indécis sur le point en question : le malade est-il ou non de ceux qui prendront du myxœdème une fois sa thyroïde supprimée ?

Un de mes élèves, M. Bérard, a donné l'an dernier une étude très complète de la thérapeutique du goitre en général et du goitre exophthalmique en particulier (1). Il a réuni les statistiques les plus importantes de Freiberg, Büschanan, Heydenreich, Mickülicz, Püttmann, Rydigier, Allen Starr (p. 446 et seq.).

Toutes s'accordent pour démontrer que la thyroïdectomie ou les énucléations chez les basedowiens comportent, avec 45 à 50 p. 100 de guérisons définitives, 15 à 30 p. 100 de mortalité immédiate ; Allen Starr, dont les calculs portent sur 190 cas, donne même 33 p. 100. Dans ma pratique personnelle, j'ai eu 2 morts sur 12 opérés. Et dans presque tous ces cas, la mort survenait dans les mêmes conditions : élévation brusque de la température, tachycardie atteignant 180 à 200 pulsations à la minute, surexcitation nerveuse avec agitation, angoisse, sueurs profuses, enfin collapsus et mort par arrêt du cœur du 1er au 3e jour après le début des accidents.

Depuis la publication de l'important travail de M. Bérard (décembre 1896), plusieurs nouveaux faits communiqués en mars 1897 à la Société de chirurgie (Lejars, Quénu) sont venus encore charger cette statistique.

Dans la discussion qui suivit la très intéressante note de M. Lejars : *Sur les dangers de l'intervention opératoire dans le goitre exophtalmique* et à laquelle prirent part MM. Schwartz, Tillaux, Tuffier (il s'agissait d'une mort rapide, post-opératoire, inexpliquée par l'autopsie, d'une goitreuse exophtalmique du service de M. le professeur Debove), je rappelai l'histoire d'une basedowienne que j'avais opérée, il y a 5 ans à la Salpêtrière, dans le service de mon ami Brissaud, et qui était morte quelques heures après une intervention chirurgicale cependant très simple. C'était le premier fait de ce genre que l'on publiait en France ; il nous émut beaucoup ; Brissaud émit alors l'hypothèse d'un empoisonnement suraigu et d'un empoisonnement bulbaire d'origine thyroïdienne.

Depuis lors, de nombreuses observations semblables, recueillies soit dans notre pays, soit à l'étranger, sont venues démontrer le bien fondé de cette opinion, elles ont établi les dangers d'une véritable *toxémie thyroïdienne* dans les interventions opératoires sur le goitre exophtalmique et cela, quelles que fussent la simplicité et la bénignité apparente de l'opération.

Est-il donc exagéré d'avancer maintenant qu'aucun chirurgien prévenu ne prendra le bistouri sans arrière-pensée et sans avoir sévèrement discuté son intervention lorsqu'il s'agira de toucher au corps thyroïde d'un basedowien ? Je n'irai pas aussi loin dans la voie de l'abstention que le professeur Tillaux, qui dernièrement à la Société de chirurgie (mars 1897) déclarait ne considérer comme opérables que les *faux goitres exophtalmiques* ; c'est-à-dire les tumeurs thyroïdiennes bénignes causant secondairement les troubles fonctionnels du basedowisme par compression plus ou moins tardive du sympathique cervical. Ces faits particuliers doivent être considérés comme des goitres vulgaires et traités comme tels. Reste le *goitre exophtalmique vrai, primitif, avec sa triade complète d'emblée*. Pour ce goitre, autant que M. Péan, plus que lui peut-être, j'estime qu'il doit être d'abord

(1) *Thérapeutique chirurgicale du goitre*, par L. Bérard (*Th. de Lyon*, 1896, et Masson, édit., Paris, 1897).

Digitized by Google

traité par les moyens médicaux toutes les fois qu'on le peut, c'est-à-dire toutes les fois que les accidents imminents de suffocation n'imposent pas un acte chirurgical d'urgence : et même en cas d'asphyxie, avant de toucher au corps thyroïde je crois que l'on doit essayer de libérer la trachée par la simple incision large des parties molles au-devant de la tumeur.

Au reste, voici mon opinion, telle que l'a rapportée M. Bérard dans ses conclusions.

« Dans tous les cas de maladie de Basedow vraie, « essayer d'abord des médications internes; — poursuivre « leur emploi, même si l'amélioration est lente, chez les « sujets qui peuvent faire les sacrifices de toute nature « imposés par ce traitement.

« Chez les malades de la classe pauvre obligés de « compter les jours, chez ceux qui vont rapidement à la « cachexie ou qui présentent une récidive après une amé- « lioration momentanée par le traitement médical, con- « seiller l'opération aussitôt que les troubles fonctionnels « deviennent gênants pour les actes de la vie courante, « avant que l'état général soit trop altéré, mais en préve- « nant le sujet et son entourage qu'il y a des risques à « courir.

« Si la tumeur est de volume moyen, l'enlever par « l'énucléation massive ou par la thyroïdectomie partielle. « Si elle est plus grosse et très vasculaire, donner la pré- « férence à l'exothyropexie, malgré les chances d'insuccès « peut-être plus nombreuses. On sera toujours à temps « de recourir à l'excision secondaire du goitre lorsque la « thrombose partielle de ses vaisseaux par l'exposition à « l'air aura diminué les difficultés opératoires et les « chances d'intoxication (1) ».

Aujourd'hui j'ajouterai : pour ces derniers cas de tumeur charnue volumineuse, pour les cas de maladie de Basedow sans goitre ou avec un goitre de très petit volume et avec des troubles vaso-moteurs très accentués, pour les cas enfin où le malade, averti des dangers qu'il court après une intervention thyroïdienne, s'y refuserait, discuter la sympathectomie.

Plusieurs chirurgiens, Kocher et Rydigier en première ligne, ont fortement préconisé la ligature des artères thyroïdiennes comme une méthode thérapeutique innocente et efficace dans le goitre exophtalmique ; mais mon défaut d'expérience personnelle ne me permet pas de la juger.

On trouvera dans le dernier chapitre de la thèse de Bérard un exposé complet des diverses opérations pratiquées jusqu'à ce jour pour obtenir la guérison de la maladie de Basedow, et les résultats donnés par ces interventions chirurgicales. — Antonin Poncet, *professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon* (2).

(1) L. Bérard, *Loc. cit.*
(2) Communication à l'*Académie de médecine*, 14 septembre 1897.

**De l'extraction des calculs vésicaux chez l'enfant.** — En lisant les différents auteurs qui ont écrit sur la question des calculs vésicaux dans l'enfance, — nous ne parlons ici que des enfants mâles — il est assez difficile de se faire une opinion précise du traitement de cette affection. Chez l'adulte, la lithotritie a réuni aujourd'hui la majorité des suffrages ; chez l'enfant, l'on conseille tantôt le broiement, tantôt la taille. Schmitz en Allemagne ; Thompson, Harrison, Owen en Angleterre ; Andrews, Briggs en Amérique ; Bereskine en Russie ; Lannelongue, de Saint-Germain en France proclament la supériorité incontestable de la taille hypogastrique ; par contre, la lithotritie a trouvé de chauds partisans en White, Keegan, Freyer, Dittel, Alexandroff, etc... On voit que l'opinion des chirurgiens est assez indécise et qu'une valeur comparative de ces deux méthodes opératoires est difficile à établir.

Si, d'autre part, on consulte les statistiques, la question paraît au premier abord devoir être tranchée rapidement en faveur de la lithotritie. En effet, sur 378 opérations par les différents procédés de taille, on enregistre 55 décès, soit une mortalité de 14, 6 0/0 ; 465 opérations de lithotritie ne fournissent au contraire que 14 décès, soit une mortalité de 3 0/0. — Devant la supériorité de cette statistique, Pousson se demande (*Mal. chir. des org. gén. urin.*), si ces brillants résultats, qui éclipsent même ceux de la lithotritie chez l'adulte, ne sont pas dus à des conditions particulièrement favorables des jeunes opérés, et si l'on n'est pas en droit d'en tirer seulement cette conclusion, que la lithotritie ne donne de bons résultats chez les enfants que lorsqu'elle est pratiquée dans de certaines conditions, — que nous étudierons plus loin.

Il est un fait incontestable, c'est que la lithotritie, même chez l'enfant, n'offre plus aujourd'hui les dangers et les ennuis auxquels le chirurgien était exposé jadis ; le chloroforme a supprimé l'indocilité des petits malades et les réactions vésicales intenses, et l'évacuation immédiate des fragments a enlevé la crainte de les voir s'engager dans l'urètre, ce que facilite ici l'absence de la prostate. — Mais il y a, par contre, chez les jeunes opérés, — en général au-dessous de 10 ans — un obstacle considérable, qui est l'étroitesse du canal. On y remédie, il est vrai, par la diminution du calibre des lithotriteurs ; malheureusement, la légèreté de ces instruments est en raison inverse de leur puissance d'action, et pour les avoir rendus plus applicables à l'urètre de l'enfant, on a diminué leur efficacité. Il en résulte que non seulement le broiement est souvent impossible — au moins pour les pierres dures — mais encore que l'évacuation des fragments se fait mal.

Avant donc d'entreprendre une lithotritie chez l'enfant — et l'on peut estimer *grosso modo* qu'au-dessous de 8 à 10 ans, cette opération est contre indiquée — on devra s'assurer préalablement par l'introduction d'une sonde du diamètre de l'urètre. En outre de ces conditions d'âge du malade et de calibre du canal, il en est d'autres, telles

Digitized by Google

que la petitesse de la pierre, son peu de dureté, la tolérance de la vessie et son absence d'inflammation qui devront entrer en ligne de compte. Lorsque la plupart de ces conditions ne se trouveront pas réunies, c'est à la taille — qui constitue l'opération de choix — qu'il faudra s'adresser. C'est ainsi que Pousson fut obligé, chez un enfant de 4 ans et 10 mois, de renoncer au broiement, — le canal s'opposant à l'introduction du petit lithotriteur 00 de Collin — et pratiqua la taille hypogastrique avec un heureux résultat. La cystostomie sus-pubienne est la méthode à laquelle on devra avoir recours ; on ne traverse aucune région dangereuse; elle a une supériorité manifeste sur les tailles périnéales, où l'on risque de blesser les canaux éjaculateurs. L'usage préalable du ballon de Petersen paraît inutile chez l'enfant, dont la vessie est située au-dessus du détroit supérieur ; une simple éponge placée dans le rectum rendrait un service analogue. Certains auteurs recommandent de ne pas suturer immédiatement la vessie, après la taille. et de pratiquer le drainage; il nous semble qu'aujourd'hui l'on soit parfaitement en droit de faire la suture par première intention, même chez l'enfant, si l'état des urines le permet, et à condition de placer par prudence une sonde à demeure. — L. Flœrsheim.

## MÉDECINE

**La maladie de Thomsen.** — Une contracture musculaire d'un mode spécial, tel est le phénomène capital de cette affection, désignée encore sous le nom myotonie. Elle se produit au début d'un mouvement volontaire ou simplement à l'occasion d'un changement de direction de ce même mouvement : son intensité et sa durée sont proportionnelles à l'importance de l'effort ; mais elle reste absolument indolore. Par ordre de fréquence les troubles moteurs atteignent le membre inférieur, plus rarement le membre supérieur et de préférence les mains, puis la nuque, la face, le tronc, le pharynx, la langue, etc. La décontraction est d'autant plus lente que l'effort a été plus grand.

On connaît les troubles fonctionnels qui se rattachent à la myotonie. Tel malade, au moment de se mettre en marche, se sent comme cloué au sol pour quelques instants. S'il s'arrête et change brusquement de direction, le même phénomène se reproduit. Chez tel autre malade, la raideur spasmodique ne se produit qu'après un premier mouvement, de sorte qu'il a soin d'attendre quelques moments avant de l'exécuter. Un autre encore, avant de se livrer à la danse, son exercice favori, assouplira d'abord sa jambe contracturée, en se tenant à l'écart (Deléage). Il vous serre la main et ne peut la retirer qu'au bout de 15 à 20 secondes, nécessaires pour obtenir la décontraction. De nombreux malades ont des contractures assez persistantes des muscles de la mimique, à l'occasion d'un éternuement, d'un baillement, etc., des masseters au moment de la mastication, des muscles du pharynx, de la langue. Cette raideur peut même se localiser aux muscles de la respiration (asthme myotonique. Rubalkine, Friis).

Au nombre des signes accessoires, il faut mentionner avec le Dr Kornhold (*Th. Paris*, 1897) une anomalie de développement du squelette : les sujets sont de taille petite, leurs os paraissent excessivement larges et leur longueur est inférieure à la normale. Le même auteur insiste sur le facies un peu spécial qui donne au malade l'aspect d'un homme étonné. Il a noté l'influence des émotions sur l'apparition de la contracture, l'angoisse du malade précédant l'exécution d'un mouvement, les sueurs profuses après le moindre effort; il signale enfin, avec Verziloff, l'azoturie, quelques troubles trophiques (lordose), et parfois de l'analgésie, de la paresthésie, etc.

Cette affection, souvent congénitale et familiale, peut aussi être acquise ; et, dans ce cas, elle apparaît tardivement sur un terrain préparé par l'alcoolisme héréditaire. Enfin, et c'est là le fait important sur lequel le Dr Kornhold insiste le plus, la maladie de Thomsen peut s'associer à une autre maladie : presque toujours il s'agit d'une affection du système nerveux (sclérose en plaques, épilepsie, meningo-myélite syphilitique, polynévrite avec atrophie musculaire. Observations prises dans le service du prof. Raymond).

L'électrothérapie paraît être inefficace. Seuls, la gymnastique passive (fauteuil trépidant, etc.), le massage et, parmi les médicaments, l'hyoscyamine, l'arsenic et le chanvre indien associé à l'opium ont donné quelques résultats encourageants. — A. Weber.

## THÉRAPEUTIQUE

**Traitement médical de la typhlite.** — Un agriculteur, âgé de 54 ans, est pris le 1er juin, et sans cause connue, de fièvre, de douleur de ventre avec prostration, insomnie, nausées et constipation. Le lendemain, 2 juin nous sommes appelé et nous constatons ce qui suit : fièvre intense, 116 pulsations sans petitesse du pouls, température 38°,8, courbature générale, abattement, langue saburrale, nausées, pas encore de vomissements ; léger gonflement de l'abdomen, tympanite, douleur augmentant à la pression et fixée dans l'espace compris entre les fausses côtes droites et l'épine iliaque antérieure avec propagation dans l'aine et dans la région correspondante du bassin. Par une exploration attentive de la région du cœcum, nous constatons une tuméfaction oblongue du volume du pouce très sensible à la pression. Le malade nous raconte qu'il jouit habituellement d'une bonne santé, mais que, depuis un mois, il a une certaine difficulté à aller à la selle. Notre diagnostic est le suivant : typhlite probablement avec appendicite.

Le traitement a été le suivant :

Digitized by Google

1° Prendre de deux en deux heures un des paquets suivants :

| | |
|---|---|
| Calomel..... | 1 gramme |
| Lactose..... | 5 — |

Mêlez et divisez en 20 paquets.

2° Egalement de deux en deux heures une des pilules ainsi préparées : Extrait thébaïque, 20 centigr. en 20 pilules qui doivent être alternées avec la prise des paquets.

3° Frictions sur les parties malades le matin au milieu du jour et le soir avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné de la pommade préparée de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Onguent mercuriel double..... | 25 grammes |
| Extrait de belladone..... | 5 — |

F. s. a.

4° De trois en trois heures lavements avec deux grandes cuillerées de glycérine.

Le deuxième jour du traitement, les médicaments sont tolérés, mais il n'y a eu par le bas qu'une évacuation insignifiante, les accidents persistent. Prescription : Lavement additionné d'une poignée de gros sel, d'huile et de miel, et en même temps potion ainsi composée :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin..... | 30 grammes |
| Sirop d'orgeat..... | 30 — |
| Eau de fleur d'oranger..... | 30 — |

A prendre par tiers de demi-heure en demi-heure. Pas d'évacuations et la potion n'est pas vomie. Le troisième jour, le malade est plus abattu, la fièvre persiste, le ballonnement du ventre augmente, il y a des vomissements de matières diverses, mais inodores. Prescription : Lavements divers à la glycérine, à l'eau de mauve et à l'eau de son. Puis une bouteille d'eau de Sedlitz a 60 grammes à prendre par demi-verres de demi-heure en demi-heure. La moitié de la bouteille est à peine ingérée que commence la débâcle par le bas et, de midi à 7 heures, il y a six à sept selles des plus infectes, à tel point que les personnes qui occupaient la chambre, très vaste d'ailleurs, sont obligées de sortir au dehors. Le quatrième jour, la fièvre est tombée, le ventre a perdu de son volume, le malade se trouve mieux, les dernières garde-robes n'ont plus l'odeur infecte dont il a été question. Prescription : Lavements émollients, glycérinés et miellés, bouillon froid et lait froid, le tout par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure. Le cinquième jour, les garde-robes sont jaunâtres et ont une durée normale. Cependant, nous constatons encore dans la fosse iliaque droite une intumescence du volume d'une petite noix, sensible à la pression. Prescription : Faire prendre le reste de la bouteille d'eau de Sedlitz et lavements émollients. Expulsion encore une fois de matières horriblement fétides, puis selles bilieuses, odeurs normales. Le cinquième jour, le malade a passé une bonne nuit, il se sent tout à fait bien. Prescription : Lait froid, bouillon froid, matin et soir un lavement au lait tiède. Le sixième jour la convalescence est confirmée, le malade est soumis au lait, au bouillon de poulet, à l'eau panée et aux lavements au lait tiède.

Cette observation est bien, ce nous semble, une observation de typhlite, d'appendicite ou des deux à la fois. L'horrible fétidité des évacuations constatée, à deux reprises, démontre qu'il y avait obstruction dans le cæcum et le gros intestin, obstruction remontant à plusieurs jours et à plusieurs semaines. Ce malade était incontestablement voué à la mort sans les secours qui lui ont été administrés.

Voici, en quelques mots, la technique que nous employons en pareil cas, technique qui réussit pourvu qu'elle soit employée dans les premières vingt-quatre heures à partir du début de la fièvre, environ huit fois sur dix cas.

1° Pendant les vingt premières heures, déposer sur la langue, et cela de deux heures en deux heures, un des paquets suivants :

| | |
|---|---|
| Calomel..... | 1 gramme |
| Lactose..... | 5 — |

Mêlez et divisez en 20 prises (il est indispensable que le paquet soit déposé a sec sur la langue).

2° Dans l'intervalle, donner une pilule de un centigramme d'extrait thébaïque dans une cuillerée d'eau froide.

Eau froide par cuillerée tous les quarts d'heure.

3° Applications réitérées sur le côté droit du ventre de

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone..... | 5 grammes |
| Onguent mercuriel double..... | 25 — |

4° Topiques émollients, flanelles imprégnées d'eau de guimauve, d'eau de lin, de décoction de feuilles de morelle, etc.

5° Lavements trois fois par jour additionnés de glycérine, de miel, d'eau savonneuse, d'eau de son, etc.

6° Après l'emploi des paquets, donner l'huile de ricin ainsi préparée :

| | |
|---|---|
| Huile de ricin..... | 30 grammes |
| Sirop d'orgeat..... | 30 — |
| Eau de fleur d'oranger..... | 36 — |

Cette combinaison est telle que les malades les plus réfractaires à l'huile de ricin le prennent avec le plus grand plaisir.

Six heures après l'ingestion d'huile de ricin, nous donnons souvent le lavement ainsi préparé :

| | |
|---|---|
| Eau..... | 350 grammes |
| Miel de mercuriale..... | 100 — |
| Sulfate de soude..... | 100 — |

7° En cas d'insuccès, l'eau de Sedlitz à 60 grammes comme dans l'observation précédente, ou encore 25 à 30 grammes d'eau-de-vie allemande pris dans une tasse de thé, mélange très bien accepté des malades.

8° Enfin, injections forcées avec de l'eau glycérinée. — Dr Jules Mascarel, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Digitized by Google

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 14 septembre 1897*

**Dangers des opérations sur le goître exophtalmique**, par A. Poncet. — Nous publions *in extenso* cette communication, du plus grand intérêt (voir page 601), et nous remercions vivement M. Poncet de nous l'avoir offerte ; car elle fait le pendant et complète la clinique chirurgicale de notre éminent collaborateur M. Schwartz (voir page 593). — N. D. L. R.

**Rôle physiologique des circonvolutions.** — M. Ferrand. La différenciation des organes se fait au fur et à mesure que l'espèce se perfectionne suivant la loi de la division du travail physiologique de Milne-Edwards. Cette loi s'applique à l'évolution de toutes les espèces animales. Cette notion peut s'appliquer à l'étude des localisations cérébrales.

Gall, le premier, avait attribué au cerveau antérieur le sens du langage et au cerveau postérieur le sens de la mécanique; plus tard, avec Flourens et Cuvier, la plupart des physiologistes repoussèrent l'idée des localisations.

On sait aujourd'hui qu'à côté des centres moteurs excitables il existe des territoires assez étendus inexcitables.

L'excitation des centres moteurs produit des mouvements dans le territoire périphérique, détermine leur destruction, amène la paralysie de ces territoires.

Les mouvements périphériques peuvent être produits également par l'excitation des cordons médullaires, des nerfs et des muscles moteurs eux mêmes.

Mais les mouvements produits par l'excitation des centres moteurs sont associés comme s'il se produisait une élaboration entre les centres corticaux et les nerfs moteurs. Il y a là un travail tout spécial et fort complet. Ces mouvements ne se produisent pas immédiatement après l'excitation. Le chien privé de ses centres moteurs est privé de ses mouvements associés complexes, tandis qu'il retrouve facilement les mouvements simples.

Un chien privé de ses centres corticaux visuels par Munck voyait, mais ne comprenait pas. Par exemple : il ne fuyait pas devant le fouet, voyait sa soupe mais n'osait la manger.

L'étude de la vision montre que l'association du rôle des ganglions centraux d'abord, puis de celui des circonvolutions occipitales est nécessaire pour parfaire l'acte complet de la vision avec toute sa complexité.

Nombre de mouvements sont d'ordre purement réflexe, c'est donc pour cela que chez l'animal le retour de ces mouvements peut se faire facilement après destruction des centres.

Le rôle des circonvolutions n'est pas aussi simple qu'on pourrait le supposer, on peut donc admettre avec les physiologistes que les centres corticaux moteurs sont le siège des représentations motrices ou sensitivo-motrices. Les centres sensitifs sont le siège des images sensitives, c'est donc dans les circonvolutions que se fait l'élaboration complète des actes moteurs et sensitifs.

Cette complexité du processus n'est d'ailleurs pas en opposition avec les doctrines spiritualistes.

**Remarques sur des cas de charbon.** — M. Leroy des Barres. L'auteur fait remarquer que des malades ont été contagionnés par des peaux ou des crins provenant de pays étrangers, pays dans lesquels la vaccination anticharbonneuse n'est pas employée.

Il fait aussi remarquer que les mégissiers sont plus atteints que les criniers, les solipèdes étant moins susceptibles de donner le charbon que les moutons et les chèvres.

Il fait également observer qu'il est difficile de détruire par des lavages répétés les bactéridies et les spores du charbon *sans altérer la qualité du crin et des peaux ;* aussi insiste-t-il sur l'utilité d'une surveillance rigoureuse du personnel de la part des industriels. Ces derniers doivent envoyer au médecin immédiatement tout individu qui présente une macule suspecte, en effet il n'est pas indifférent de faire un diagnostic précoce, car on sait qu'avec des injections de solution iodée à 10 pour 100 autour des pustules, et l'absorption d'eau oxygénée ainsi qu'avec des inhalations d'oxygène, on arrête bien vite la marche des bactéridies.

## *Revue du Congrès de Moscou*

Au sujet des *échanges nutritifs chez les immunisés*, M. Charrin s'exprime ainsi : « J'ai soumis, dit-il, à un régime d'entretien des animaux sains et des sujets vaccinés ; j'ai analysé leurs urines. Or, dans cinq séries sur six, j'ai constaté, avec Desgrez, que les proportions d'azote étaient inférieures de 1/5 à 1/3 chez les réfractaires; les hydratations, les oxydations s'opèrent moins aisément.

« Il importe, toutefois, de choisir des sujets qui ne sont plus sous l'influence des toxines vaccinantes, attendu que ces toxines inversement augmentent l'urée, il faut s'adresser à des animaux parfaitement immunisés, en pleine santé. Encore est-il que, suivant le degré, la nature antitoxique ou bactéricide de cette immunité, les résultats varient. »

Au sujet de la syphilis, notre collaborateur M. Gaucher pense que le traitement par les injections doit être une méthode d'exception, et, quand on y a recours, il faut, de préférence, se servir de sels solubles.

**Chirurgie.** — M. L. Championnière vante à nouveau les bons résultats du traitement des fractures par le massage. M. Clarke (de Cambridge) fait une communication sur le traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus.

M. Duplay conseille, comme meilleur traitement de la tuberculose primitive du testicule, l'ablation complète des parties malades, comme on le ferait pour une tumeur ; on enlève au bistouri les foyers tuberculeux de l'appareil testiculaire qui siègent dans l'épididyme ou dans le testicule.

M. Jonnesco vante les bons effets de la résection totale et bilatérale du grand sympathique cervical dans le traitement du goître exophtalmique et de l'épilepsie.

Au sujet d'un travail sur la splénectomie, le même auteur formule les conclusions suivantes :

La splénectomie est indiquée dans tous les cas de rate mala-

Digitized by Google

rique, quand le traitement médical employé pendant un temps suffisant, mais pas très long, est resté sans résultat, et quand la douleur, la gêne, ou un commencement de cachexie met en danger la vie du malade et ne permet plus d'essayer le traitement médical. La splénectomie est indiquée dans les cas de kyste hydatique de la rate.

Les adhérences trop étendues, la cachexie profonde, l'ascite, l'âge trop avancé, la leucocytose sont les seules contre-indications.

Il faut séparer, au point de vue de la bénignité de l'intervention et de la difficulté opératoire, la rate adhérente, la rate fixe, la rate mobile et la rate ectopiée.

L'intervention est facilitée par quelques détails qu'on doit connaître aussi : la position de l'opérateur à droite du malade, l'incision médiane, l'éclairage complet de la voûte diaphragmatique, la destruction des adhérences par l'arrachement des parois pour éviter ainsi les tractions sur la rate, la section des adhérences entre deux ligatures, la section de chaque vaisseau du pédicule entre deux ligatures ; il faut éviter de blesser la loge splénique, enfin il faut faire l'hémostase définitive avant la fermeture de l'abdomen, et placer un bandage compressif et élastique.

Après la splénectomie, les accès de fièvre peuvent être dus au réveil de l'intoxication palustre ou à une complication pulmonaire assez fréquente.

Après la splénectomie, on observe une leucocytose passagère, qui disparaît après un temps plus ou moins court.

La splénectomie a comme résultat de diminuer la toxicité urinaire ; le coefficient uro-toxique, normal en cas de rate hypertrophiée malarique sans accès fébrile, diminue d'une façon appréciable après la splénectomie. Cette hypotoxicité peut être masquée et même remplacée par une hypertoxicité dans les premiers jours après l'opération, grâce à l'intoxication passagère, due soit à l'impaludisme, soit à une complication fébrile.

La bénignité relative de la splénectomie, les résultats excellents dans la splénomégalie malarique, la disparition des symptômes de cachexie après l'opération me poussent à proposer l'extirpation de la rate, dans les cas même où elle est peu développée sans symptômes locaux importants, comme traitement préventif de l'infection malarique avec menace de cachexie. Ce qui m'autorise à poser cette conclusion, c'est le fait bien mis en évidence par Laveran, que la rate est le foyer dans lequel demeure l'hématozoaire qui, de là, se jette dans le torrent sanguin. Or, chaque décharge d'hématozoaires coïncide avec la poussée fébrile et avec l'hypertoxicité urinaire.

M. Grinda (de Nice) vante l'incision lombo-iliaque dans le traitement des appendicites suppurées avec abcès rétrocœcal.

*Traitement des tuberculoses chirurgicales*, par M. le professeur Lannelongue. (L'auteur revient sur sa méthode sclérogène déjà bien connue.)

**Communications diverses** — *Sémiologie des obsessions et idées fixes*, par MM. Pitres et Regis ; — *L'impulsivité motrice*, par Marti y Julia ; — *L'intervention chirurgicale dans le traitement de l'épilepsie jacksonnienne*, par Lavista ; — *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales*, par Bernheim ; — *L'organothérapie dans le traitement du tabes*, par Victoroff ; — Des *dégénérescences propagées*, par Durante ; — Les *affections parasyphilitiques*, par Vizioli ; La *symphyséotomie*, par Varnier ; — *L'hystéropexie*, par Beck ; — Les *rétrécissements de l'œsophage*, par Ceccherelli, etc.

K. V.

---

Depuis plus de six semaines, chaque numéro de notre journal dans les mementos de médecine pratique, en articles originaux et sous forme de « Revue » assez brève comme aujourd'hui, a rendu compte des communications les plus importantes du Congrès international de Moscou. Comme les meilleures choses ont toujours une fin, et qu'il est impossible d'analyser sérieusement plus de 300 communications, nous devons clore ces comptes rendus, et je veux profiter de cette occasion pour bien dire, une fois de plus, le principe qui nous guide toujours dans le choix et l'élimination des sujets traités.

Pour les Sociétés savantes et surtout pour les Congrès, notre choix est bien simple : s'inspirant de notre invariable programme de la première heure, il porte seulement sur les communications inédites, et surtout sur celles qui intéressent les *praticiens*. Car, l'actualité — nous tenons à le répéter — n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours, elle est **ce qui se fait** tous les jours dans la pratique médicale. Elle ne consiste pas dans la hâte plus ou moins télégraphique que l'on met à publier les comptes rendus des Sociétés savantes, des Académies ou des Congrès ; elle consiste dans l'exactitude des informations, et — nous le répétons — dans le caractère pratique de celles-ci. Cette exactitude est trop souvent sacrifiée à la célérité des informations, comme on peut le voir par cet exemple que je choisis parmi beaucoup d'autres :

A la séance qui, cette année, a suivi ma communication académique sur « l'œdème aigu du poumon », mon collègue et ami le professeur Renaut (de Lyon) est venu donner l'appui de sa haute autorité en décrivant les lésions anatomiques de ce dramatique épisode. Or, savez-vous comment un journal, mal informé parce qu'il l'est trop vite, a écrit l'histoire ? Seul de tous les journaux médicaux, il a écrit que le professeur de Lyon était venu simplement réclamer ses droits à la priorité de la description de cet œdème congestif. Si son reporter eût mieux écouté, et si le dit journal n'eût pas quelque peu cédé à la doctrine de « la maison qui n'est pas au coin du quai », il eût mieux dit la vérité, il eût rendu justice à qui de droit, et il aurait même compris que mon savant ami M. Renaut était venu de Lyon faire sa communication *sur mes pressantes sollicitations*.

Avec ce désir immodéré, pour les journaux, d'arriver bons premiers à l'annonce d'une nouveauté médicale, ce qui les place souvent bons derniers en exactitude, les idées des auteurs sont tellement travesties, que souvent on fait dire à ceux-ci le contraire de ce qu'ils ont soutenu. Cela doit arriver bien plus rarement lorsqu'un journal paraît quelques jours après les sociétés savantes, car il a tout le loisir de choisir les sujets qui intéressent surtout la pratique médicale, de s'étendre davantage sur eux et de faire des citations exactes. On revient déjà peu à peu à cette nécessité de l'exactitude scientifique, et, pour notre part, nous persisterons invariablement dans notre ligne de conduite pour la complète satisfaction des *praticiens*, qui nous aident toujours de leurs encouragements et de leur précieuse approbation.

Pour le Congrès de Moscou, dont il a été matériellement impossible pour tout journal de rendre compte de plus de 300 communications, nous avons éliminé : 1° toutes celles qui attendent les nouvelles recherches ou qui n'ont aucune application pratique ; 2° toutes celles qui ont été un peu trop vantées par les journaux extra-médicaux, parce que nous ne voulons pas nous rendre complices d'une malsaine publicité que quelques auteurs recherchent trop volontiers ; 3° celles qui ne sont que la répétition de ce qui a été écrit dans les livres ou publié antérieurement dans les comptes rendus des sociétés savantes. Elles n'ont donc pas le mérite de la

Digitized by Google

nouveauté, puisque nous les avons déjà, en temps opportun, fait connaître suffisamment à nos lecteurs.

A ce dernier point de vue, on voit des auteurs reprendre aux Congrès des sujets traités à satiété dans les sociétés savantes ou dans les livres ; on en a entendu parler de « l'urémie fébrile », de la « saignée dans l'urémie », comme de choses nouvelles ; on a entendu le même auteur répéter pour la dixième fois, dans d'autres termes, la même communication. Pour ne citer qu'un exemple, c'est la raison pour laquelle nous avons simplement donné le titre de la communication de M. Lépine (de Lyon) sur la « genèse des différentes formes du diabète sucré », sujet bien connu, très souvent discuté et exposé depuis de longues années, dont l'auteur emprunte les différentes idées aux médecins français et étrangers, à ce point que, si la postérité s'occupe un jour de l'œuvre du professeur de clinique médicale à Lyon, elle saura difficilement démêler la part équitable qui lui appartient.

Théophile Gautier a trop parlé des « frelons de la littérature » ; il n'a presque plus rien laissé à dire sur les frelons scientifiques.

Bref, en nous conformant aux principes que nous avons voulu exposer une fois de plus à nos lecteurs, nous ne dirons pas ou nous ne laissons pas sous-entendre que les comptes rendus des Congrès reproduits par nous sont « les plus complets de tous les journaux », ce qu'il serait sans doute très avantageux de proclamer pour nous, mais ce qui ne serait ni juste ni aimable pour nos confrères en journalisme. Nous avons simplement, comme toujours du reste, visé deux buts : l'exactitude, non seulement de ces analyses, mais aussi des faits ; leur intérêt à la fois scientifique et pratique. — H. H.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Le traitement de la tuberculose et d'autres infections par les oxytoxines.** — Par analogie avec d'autres maladies toxi-infectieuses, le professeur Hirschfelder admet que la tuberculose guérit par la formation d'une antitoxine. Cette antitoxine ne serait pas autre chose que la tuberculine oxydée. Si la péritonite tuberculeuse guérit après la laparotomie, ce qui veut dire l'accès de l'air dans le péritoine, cela serait dû à l'oxydation de la tuberculine qui s'y trouve et à sa transformation en oxytuberculine antitoxique ; celle-ci guérirait alors la tuberculose locale et générale. (*Deutsche med. Wochenschrift.*) L'auteur a essayé de réaliser cette oxydation en dehors de l'organisme. Il prépare une tuberculine d'une façon différente de celle de Koch, avec des cultures d'un bacille très virulent. Après stérilisation du bouillon pendant une heure et après filtration, il mélange le filtrat avec la huitième partie d'eau oxygénée au 10e et stérilisée à l'étuve. Toutes les douze heures, il ajoute la même proportion d'eau oxygénée et, après 96 heures, il reste un excès d'eau oxygénée. Ce liquide n'est pas toxique, à condition que toute la tuberculine soit oxydée, et, pour s'en convaincre, on fera bien d'expérimenter le produit au préalable sur des animaux.

La phtisie n'est pas le résultat d'une infection tuberculeuse pure, mais d'une infection mixte. Les expectorations des phtisiques furent donc ensemencées et les cultures traitées de la même façon que celles du bacille de Koch. Ce liquide est appelé oxysepsine. D'après l'auteur, on pourrait injecter aux malades des quantités considérables de ce produit, représentant jusqu'à 2 gr. 50 de tuberculine, il n'en résulterait aucun inconvénient, ni douleur locale, ni fièvre. L'amélioration de tout l'état serait surprenante, surtout à la suite de l'injection combinée d'oxytuberculine et d'oxysepsine. Le traitement de la pneumonie, des streptococcies, de l'empyème par la même méthode aurait été également couronné de succès.

Souhaitons que les premiers résultats satisfaisants du professeur Hirschfelder se maintiennent et qu'ils ne soient pas dus à une de ces illusions optimistes auxquelles d'autres expérimentateurs de son pays nous ont habitués. — Bd.

## *Correspondance des Départements*

### A propos de la pneumonie

Nous recevons de Lunéville la lettre suivante, que nous nous empressons de publier, et nous espérons que nos lecteurs se joindront à nous pour prier M. Saucerotte de vouloir bien nous donner son troisième mémoire sur l'action de la digitale dans la pneumonie que, dans une lettre personnelle, il a bien voulu nous promettre. Quand il s'agit d'une cause bonne à soutenir, les avis divers souvent éclairent la question d'un nouveau jour, et nous espérons que les observations personnelles de M. Saucerotte viendront confirmer et augmenter de documents nouveaux l'article publié par le *Journal des Praticiens* :

« Je *suis* aujourd'hui, comme je *l'étais* en 1868, partisan convaincu de l'efficacité de la médication digitalique dans la pneumonie, médication que je me suis efforcé de vulgariser (*Gaz. médicale de Paris*) en 1868 et en 1877. Aussi est-ce avec un double intérêt que j'ai lu dans le *Journal des Praticiens* les articles substantiels de M. Deguy. Quelle que soit la conception que l'on ait aujourd'hui de l'action pharmaco-dynamique du remède, le résultat final est pratiquement le même, c'est-à-dire la chute de la fièvre. Or, je persiste à croire que la fièvre est le régulateur du traitement et que, lorsque la lésion évolue avec une fièvre modérée, il n'y a pas à intervenir activement ; que beaucoup de pneumonies guérissent avec l'expectation. Loin de moi, toutefois, la pensée de l'ériger en traitement systématique comme, il y a trente ou trente-cinq ans, Diet le faisait à Vienne et Bennet à Edimbourg. On en est revenu, et la saignée elle-même a reparu discrètement dans le traitement de la phlegmasie pulmonaire. Mais n'est-ce pas employer là un mot démodé, aujourd'hui que la doctrine de l'*infection* a envahi toute la pathologie en éliminant sa devancière l'*inflammation*. Elle a son heure et aura le sort de sa devancière. La jeune génération médicale en verra la fin comme nous avons vu celle de la doctrine physiologique, qui avait tourné toutes les têtes. Mais revenons à la digitale et à la digitaline, dont M. Huchard a démontré la supériorité sur la plante elle-même. Avec l'alcaloïde, il sera impossible de varier dans la posologie comme on le ferait non sans péril en administrant la digitale récente des Vosges à la dose de 5 grammes par jour !

De plus, la digitaline cristallisée a une composition invariable que n'aurait pas la digitaline amorphe que j'employais en 1875. C'est donc avec une profonde satisfaction que j'ai vu l'éminent clinicien qui dirige ce journal appuyer de sa haute autorité les conclusions souvent et quelquefois légèrement discutées auxquelles étaient arrivés les promoteurs de la médication.

Tony Saucerotte.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr Du Castel

## Pemphigus au cours de la convalescence de la rougeole

L'enfant que j'ai l'honneur de vous présenter est une petite fille de six mois, dont la santé générale paraît avoir été jusqu'à ces temps derniers excellente. Le développement est absolument normal : l'embonpoint est suffisamment accusé. C'est la neuvième enfant que la mère a mise au monde et tous paraissent de bonne constitution, sans tare familiale. Il y a quelques jours, notre malade et un de ses frères ont été atteints de la rougeole : celle-ci évolua très régulièrement, mais, au moment de la convalescence, au moment où tout semblait devoir se passer de la façon la plus bénigne, la mère fut surprise, effrayée de voir se développer sur la face, sur le cou, sur la partie supérieure de la poitrine et du tronc, l'éruption que vous pouvez constater aujourd'hui. Sur les régions que je viens de vous signaler, existent des soulèvements épidermiques globuleux remplis d'un liquide transparent, de véritables bulles caractéristiques de l'affection que vous entendez généralement désigner sous le nom de pemphigus ; si vous piquez un de ces soulèvements épidermiques avec une aiguille, il en sort un liquide clair, aqueux. Les bulles ont assez régulièrement le volume d'un petit pois : entre elles, vous pourrez voir quelques croûtes, peu épaisses, de coloration jaunâtre, de forme arrondie, de dimensions exactement les mêmes que celles des bulles ; ces croûtes succèdent à la dessiccation ou à la rupture de quelques-unes de ces bulles, Entre celles-ci, la peau a des apparences normales ; elle n'est pas sensiblement enflammée. Quelle est la nature, quel est l'avenir de cette éruption ?

La peau du jeune enfant paraît constituer un terrain favorable au développement des éruptions pemphigoïdes. Dès les premiers jours de leur naissance, un certain nombre d'enfants sont atteints d'éruptions bulleuses. La syphilis est une des causes susceptibles de provoquer ces éruptions : le *pemphigus syphilitique* du nouveau-né est une des modalités cliniques par lesquelles la syphilis héréditaire se traduit : l'éruption peut se produire avant même la naissance, dans le sein de la mère, et l'enfant fait son entrée, en ce monde, revêtu des bulles du pemphigus. Quand l'éruption n'a pas été aussi hâtive, le pemphigus syphilitique fait généralement son apparition dans les premiers jours qui suivent la naissance ; il a pu cependant ne se montrer que quelques semaines, deux mois après que l'enfant avait vu le jour.

Je n'insisterai pas sur les caractères optiques de la bulle du pemphigus du nouveau-né ; les nuances, qui la séparent de la plupart des autres bulles pemphigoïdes, ne peuvent suffire pour établir le diagnostic d'une façon solide ; mais il est à cette affection un caractère bien spécial, c'est sa localisation ; les bulles du pemphigus syphilitique du nouveau-né occupent la paume des mains et la plante des pieds : elles peuvent être localisées exclusivement à ces régions ; quand elles s'étendent à d'autres parties du corps, on les retrouve toujours abondantes, prédominantes dans ces mêmes régions. L'état général des enfants nouveau-nés, atteints de pemphigus syphilitique, est habituellement des plus mauvais, très cachectique. Il s'agit d'enfants gravement atteints, chez qui les lésions viscérales sont souvent très accusées et la mort est la conclusion fréquente de l'affection.

Chez le nouveau-né, le pemphigus n'est pas rare en dehors de la syphilis ; il apparaît d'une façon *épidémique* au milieu des agglomérations d'enfants. Les bulles, en pareil cas, ne présentent aucun caractère particulier ; elles s'accumulent sur la face, le cou, les jambes : la guérison s'opère simplement et régulièrement chez la plupart des malades ; dans quelques cas cependant, on a vu de petites ulcérations succéder aux bulles. L'affection peut se prolonger par la production de plusieurs poussées successives, accompagnées ou non d'un mouvement fébrile. La guérison est la terminaison habituelle de cette variété de pemphigus du nouveau-né qui s'observe surtout à l'état épidémique et frappe, dans une agglomération, un grand nombre d'enfants, mais on peut aussi le rencontrer à l'état isolé, il se présente dans quelques cas à l'état sporadique.

Les épidémies atteignent de préférence les enfants nouveau-nés, dans les premiers jours de leur naissance et, malgré le nom de pemphigus cachectique donné par quelques auteurs à la variété que nous étudions, ce serait une erreur de croire que les enfants y sont d'autant plus exposés qu'ils sont plus cachectiques ; les sujets vigoureux sont aussi bien atteints que les sujets débilités. La nature exacte de ce pemphigus du nouveau-né nous échappe, son élément provocateur nous est inconnu et nous ignorons les points de rapprochement et les différences qui peuvent exister entre certains pemphigus sporadiques et lui.

Ce que nous pouvons dire, c'est que notre petite malade n'est atteinte ni de pemphigus syphilitique, ni de pemphigus épidémique du nouveau-né. Le siège de la maladie fait rejeter immédiatement l'hypothèse d'un pemphigus syphilitique : la paume des mains, la plante des pieds sont indemnes de toute éruption ; l'éruption est limitée aux parties supérieures du corps : une telle distribution ne s'observe pas chez un hérédo-syphilitique. Le pemphigus syphilitique fait son apparition ordinairement dans les premiers jours, au plus tard dans les premières semaines de la vie extra-utérine ; il appartient aux enfants profondément cachectiques ; nous sommes en présence d'une enfant de six mois, bien développée, ne remplissant pas les conditions d'âge et d'état général habituels aux enfants que le pemphigus syphilitique atteint : rien ne nous permet donc de nous arrêter un instant à l'hypothèse d'un pemphigus de telle nature.

La localisation, l'aspect des bulles permettraient plutôt

Digitized by Google

de soulever l'hypothèse d'un pemphigus épidémique. Mais ce dernier appartient, dans la plupart des cas, aux nouveau-nés vivant dans une agglomération d'enfants. Ce ne sont pas les conditions que notre fillette réalise : elle vit dans sa famille et n'est plus un nouveau-né, puisqu'elle est âgée de six mois : je ne conclurai pas cependant que son affection est absolument intrinsèque et ne peut pas être exogène, qu'elle ne puisse être d'origine contagieuse, mais ce que je puis dire, c'est que l'interrogatoire de la mère ne nous a pas permis de découvrir dans quelle circonstance la contagion aurait pu se faire, et le frère de la petite malade ne présente jusqu'à présent aucune affection bulleuse.

Pouvons-nous au moins affirmer que nous soyions en présence d'une maladie certainement bénigne et qu'il soit permis d'être sans préoccupation sur son avenir ? Je n'osai le garantir, il y a trois jours, quand je vis la malade pour la première fois.

Cette éruption qui se montrait dans la convalescence d'une fièvre éruptive me laissait une arrière-pensée et je me demandais si elle ne pouvait pas aboutir à un processus inflammatoire sérieux, à une affection suppurative, à un ecthyma plus ou moins grave.

L'ecthyma se distingue du pemphygus par sa tendance à la suppuration ; il est caractérisé par la production de soulèvements épidémiques remplis de pus, de pustules arrondies, généralement assez volumineuses, isolées les unes des autres, entourées d'un cercle inflammatoire. Ces pustules laissent, après leur dessication ou leur rupture, une croûte brune, épaisse, quelquefois même une ulcération plus ou moins profonde.

L'ecthyma est toujours tout au moins une affection suppurative, une affection inflammatoire de mauvais aloi, il peut revêtir dans quelques cas des caractères d'une gravité exceptionnelle ; il peut aboutir à la forme gangréneuse. L'auréole inflammatoire, qui entoure la pustule, est, en pareil cas, d'un rouge violacé et non d'une rougeur franchement inflammatoire ; la pustule est flasque, renferme quelquefois un liquide lie de vin, elle se rompt facilement et laisse à sa place une ulcération profonde couverte d'une large escarre ou de débris gangréneux, fournissant une suppuration fétide et sans tendance à la cicatrisation. L'état général de l'enfant (car c'est surtout chez les enfants que ces formes graves s'observent) devient rapidement mauvais ; la fièvre et la diarrhée indiquent la gravité de la situation ; la mort est souvent la terminaison d'un tel état.

L'ecthyma est, en effet, une affection à tendance extensive considérable ; ce qu'il doit à la propriété que son pus possède d'être des plus facilement inoculables, comme l'observation clinique de chaque jour le montre et comme les observations de mon regretté maître Vidal l'ont établi : Quand un malade est atteint d'ecthyma, on voit les pustules inoculer de proche en proche sur la surface de la peau et leur nombre peut devenir considérable.

L'éruption ecthymateuse a été signalée dans le décours d'un certain nombre de pyrexies, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, etc. ; dans cette dernière maladie, le professeur Bouchard pense qu'on est en présence de lésions inflammatoires de la peau, provoquées par des décharges microbiennes. L'ecthyma, qui se produit dans la convalescence des maladies générales, peut revêtir les caractères les plus graves. J'ai eu l'occasion d'observer une épidémie d'ecthyma dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine en 1880. Au moment où les malades étaient parvenus en pleine période de convalescence, la fièvre s'allumait de nouveau, le corps se couvrait de pustules d'ecthyma, la température s'élevait à 40°, 41° ; plusieurs malades succombèrent au milieu d'accidents ataxoadynamiques. Si cette épidémie devint exceptionnellement grave, le fait s'explique par la facilité avec laquelle l'ecthyma s'inoculait à la surface de la peau des varioleux, chez qui la petite plaie, amenée par chaque pustule variolique, avait créée une surface toute préparée pour des inoculations innombrables de l'ecthyma.

Avec ces données, vous comprendrez facilement pourquoi nous n'étions pas sans préoccupation pour notre petite malade, la première fois que nous la vîmes : Son état général était bon ; son éruption avait bon aspect ; elle ne présentait pas de caractères inflammatoires trop intenses, elle avait les aspects d'un pemphigus plutôt que ceux d'un ecthyma ; elle n'avait surtout pas cet aspect livide que je viens de vous indiquer comme se manifestant dans les premières phases de l'ecthyma de mauvaise nature et d'avenir inquiétant ; il n'y avait pas de fièvre. Cependant, je n'étais pas absolument rassuré ; je me demandais si, après la rougeole, maladie connue comme se compliquant facilement chez les enfants d'accidents gangréneux, notre éruption ne pouvait pas subitement changer de face et tourner aux formes graves, aux formes suppuratives, ulcéreuses, et même gangréneuses, après avoir eu des débuts bénins !

Aujourd'hui je crois que nous pouvons être complètement rassurés. Après quelques jours d'applications légèrement antiseptiques (compresses imbibées d'eau boriquée à 2 p. 100), nombre de bulles se sont affaissées et sont en voie de guérison ; la production de nouvelles bulles semble s'être arrêtée. Je crois que la petite complication, dont notre malade a été atteinte, peut-être considérée comme entrée dans une période de guérison franche. Encore quelques jours d'antisepsie légère, applications de compresses boriquées, de pommade au calomel au vingtième ou d'huile phéniquée au vingtième, et la guérison sera complète. Mais vous comprendrez, je crois, les appréhensions que j'ai eues en voyant une éruption cutanée secondaire se produire au déclin de la rougeole, vous comprendrez la satisfaction que j'éprouve aujourd'hui en voyant qu'après quelques jours d'une antisepsie légère les accidents se sont arrêtés, qu'ils rétrocèdent.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

## Quand et comment faut-il employer l'atropine en oculistique

Par F. Terrien, *interne des hôpitaux de Paris*

L'atropine est un des médicaments les plus employés en oculistique et son usage est courant dans un grand nombre d'affections oculaires. Bien appliquée, en effet, elle peut rendre les plus grands services; malheureusement, la réciproque est rigoureusement vraie: certaines affections se trouveront bien de l'atropine et même la réclament impérieusement; dans d'autres, au contraire, elle est formellement contre-indiquée et son emploi irraisonné pourra amener les pires désastres.

Utile et même indispensable dans certains cas, elle peut être fort nuisible dans d'autres ; en un mot, comme tous les médicaments qui agissent, l'atropine a ses indications et ses contre-indications, et ce sont ces indications et ces contre-indications que nous nous proposons d'indiquer ici ; nous dirons ensuite un mot de son mode d'emploi.

I. *Mode d'action.* — L'atropine joue dans la thérapeutique oculaire un rôle considérable, grâce à la propriété physiologique qu'elle possède de dilater la pupille. Nous n'avons pas à indiquer ici le mécanisme qui préside à cette action : S'agit-il d'une excitation du grand sympathique, d'une paralysie du moteur oculaire commun, s'agit-il des deux à la fois, peu importe ; le fait est là, l'atropine dilate la pupille et son action est tellement puissante que des doses infinitésimales suffisent à déterminer la mydriase.

Or, ce rôle a en clinique une importance considérable; la pupilel étant dilatée, c'est la réduction de l'iris au minimum, et c'est, en somme, la contraction des vaisseaux iriens et l'anémie de la membrane irienne.

On voit tout de suite le bénéfice considérable qui pourra être retiré de l'emploi de l'atropine dans toutes les inflammations de l'iris.

Ici, comme partout ailleurs, l'inflammation sera utilement combattue par la dérivation sanguine : les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang, et la contraction de ces vaisseaux, la rétraction du tissu irien qui augmentera cette contraction en diminuant l'afflux du sang auront la plus sérieuse influence pour combattre l'inflammation.

De plus, dans l'iritis, la membrane irienne épaissie, enflammée, a perdu sa mobilité et contracte facilement des adhérences avec la cristalloïde antérieure qui repose directement sur sa face postérieure. Ces adhérences ou synéchies ont un pronostic extrêmement défavorable ; par leur présence, elles font obstacle au bon fonctionnement de l'iris. Celui-ci, véritable diaphragme musculaire mobile, règle la quantité de lumière qui doit entrer dans l'œil et cela suivant qu'il se contracte ou se dilate ; or, la présence d'une ou de plusieurs synéchies pourra rendre le jeu de ce diaphragme impossible et gêner notablement la vision. Enfin, lorsqu'elles sont très étendues, elles constituent un danger pour l'avenir: par leur adhérence au cristallin, elles déterminent l'exclusion de la pupille, c'est-à-dire empêchent la libre communication de la chambre postérieure avec la chambre antérieure, entravent par là même la circulation et par conséquent la nutrition de l'œil et peuvent entraîner la perte de celui-ci.

Mais, si les adhérences sont encore jeunes, si l'inflammation est de date assez récente, si, enfin, on a pu intervenir à temps, l'atropine, en dilatant la pupille, déterminera la rupture de ces adhérences et même pourra les empêcher de se former.

Enfin, l'atropine, en même temps qu'elle amène la dilatation pupillaire et diminue l'éréthisme vasculaire de l'appareil irien, calme les douleurs intolérables, accompagnant généralement les inflammations du globe oculaire et qui sont dues au spasme permanent des muscles accommodateurs.

Ainsi donc, mydriase, contraction des vaisseaux et diminution de l'éréthisme vasculaire de l'iris, rupture des synéchies anciennes, préservation vis-à-vis des synéchies à venir, diminution de la douleur, tels sont les heureux effets de l'atropine et voilà pourquoi cet alcaloïde est, pourrait-on dire, le véritable médicament spécifique de la pathologie irienne.

II. Indications. — L'atropine sera donc employée systématiquement dans toutes les inflammations de l'iris, c'est-à-dire *dans l'iritis*, quelle que soit sa nature : simple ou plastique, syphilitique, gommeuse, tuberculeuse, rhumatismale, blennorrhagique ou scrofuleuse.

La première condition à remplir, on le sait, dans toute inflammation est de donner à l'organe le repos le plus complet et l'atropine ici conviendra à merveille : en dilatant la pupille, elle préviendra les efforts continuels de contraction auxquels est soumis le diaphragme irien sous l'influence des variations de lumière et elle assurera ainsi le repos absolu de l'organe.

Aussi, dans toute iritis, on prescrira des instillations fréquentes d'atropine ; en dilatant la pupille, elle calmera la douleur, diminuera les phénomènes inflammatoires et préservera les parties centrales de la capsule du cristallin des adhérences ou des opacités qui pourraient s'y fixer ; elle formera donc le fond du traitement local.

On pourra y joindre dans les cas intenses trois ou quatre sangsues à la tempe qui auront souvent le plus heureux effet sur les douleurs intolérables qui peuvent accompagner l'iritis.

Le *traitement général* variera avec la nature de l'iritis suivant qu'elle sera simple, syphilitique, tuberculeuse, rhumatismale, blennorrhagique, et comprendra la thérapeutique propre à chacune de ces affections.

Mais, si l'atropine est formellement indiquée dans l'iritis, elle ne l'est pas moins, à titre prophylactique,

Digitized by Google

dans toutes les affections susceptibles de se compliquer d'iritis et dans lesquelles la membrane irienne peut s'enflammer par contact de voisinage, en premier lieu dans les affections de la cornée : kératite interstitielle, vasculaire, infiltrations de la cornée, érosions, abcès et ulcères de la cornée. Elle est surtout indiquée en particulier dans les ulcères de la cornée situés près du limbe sclérocornéen, dans ce point où se terminent les vaisseaux ciliaires antérieurs, qui se compliquent facilement d'iritis, l'inflammation gagnant la membrane irienne par l'intermédiaire de ces mêmes vaisseaux dilatés et gorgés de sang.

Enfin, dans certaines formes de conjonctivites purulente ou phlycténulaire où l'infection peut se propager facilement à la cornée et de là à l'iris, on se trouvera bien ici encore de l'emploi de l'atropine.

On ne négligera pas, bien entendu, le traitement local, pommade iodoformée, compresses chaudes, lavages avec une solution de sublimé faible qui variera avec la nature de l'affection.

En résumé, l'iritis et toutes les affections de l'œil externe susceptibles de s'en compliquer, tels sont les cas où il faut employer l'atropine.

III. Contre-indications. — A côté de ces indications formelles, il est des cas, au contraire, nous l'avons dit en commençant, où l'atropine est absolument contre-indiquée et ces contre-indications sont dues au fâcheux inconvénient que possède ce mydriatique d'élever la tension oculaire.

Sans doute, l'expérimentation entre les mains de Pflüger, Wagner, Adamück, Grünhagen a démontré le contraire sur les animaux et même sur l'œil normal de l'homme, mais peu importe. Il est certain qu'en clinique, sur les yeux enflammés et glaucomateux, elle *élève la tension oculaire* et c'est là un fait qu'il ne faut jamais oublier lorsqu'on a recours à ce mydriatique.

Il faut donc se montrer extrêmement prudent et circonspect dans son emploi toutes les fois qu'on ne pourra sans danger déterminer une élévation de tension de l'œil.

Aussi l'atropine sera absolument proscrite dans tous les cas de *glaucome*, et cela quelles que soient la nature et la cause de celui-ci. Le glaucome, en effet, quelle que soit la pathogénie admise, se traduit par une hypertonie, fait primordial dont découlent tous les accidents consécutifs; une goutte d'atropine instillée dans un pareil œil peut en entraîner la perte en quelques jours, et son action est si manifeste qu'on a vu survenir, à la suite de son emploi, une attaque de glaucome sur un œil n'ayant jamais présenté de phénomènes prodromiques, mais sans nul doute prédisposé à cette affection.

Or, si le diagnostic de glaucome est quelquefois facile, lorsqu'on a affaire, par exemple, à un glaucome chronique simple avec hypertonie, chambre antérieure diminuée, excavation de la papille, atrophie, etc., il n'en est plus de même dans certains cas de glaucome inflammatoire avec injection périkératique, trouble de transparence de l'humeure aqueuse, simulant à s'y méprendre une iritis.

Sans doute, une élévation de tension du côté malade, une congestion plus ou moins intense des veines rétiniennes, un léger début d'excavation de la papille, une diminution dans le calibre de ses artères, tout cela pourra faire faire le diagnostic à un œil exercé ; mais, outre que l'examen ophtalmoscopique est généralement impossible, ces détails sont fort difficiles à percevoir pour une personne n'ayant pas l'habitude de l'ophtalmoscope. Le meilleur signe, dans les cas de doute, sera encore *l'examen de la pupille* qui est *habituellement dilatée dans le glaucome* tandis qu'elle est *contractée dans l'iritis*. Enfin, si l'on hésite, le mieux sera de s'abstenir ou de recourir au besoin à l'emploi de la cocaïne qui, tout en dilatant la pupille, n'aura pas le fâcheux inconvénient de pouvoir déterminer, par une tension exagérée, une poussée suraiguë de glaucome.

De même, lorsque par suite de l'âge du sujet, la sclérotique est devenue très rigide, l'usage des mydriatiques en pareil cas peut provoquer des complications glaucomateuses ; on devra donc s'abstenir de l'emploi de l'atropine, surtout si l'on a affaire à un œil hypermétrope, ces yeux y étant particulièrement exposés.

Il est encore un cas où l'atropine est contre-indiquée. Nous avons dit que celle-ci devait être employée à titre prophylactique dans toutes les affections de la cornée et surtout dans les ulcères de cette dernière membrane pour prévenir l'iritis: il faut en excepter le cas d'ulcère profond de la cornée.

Dans ce cas, si l'ulcère a rongé une partie de la cornée et menace de la perforer, si surtout il siège au centre de la membrane cornéenne, il y a là un point faible sur lequel la pression oculaire s'exerce au maximum et par où l'humeur aqueuse pourra s'écouler sous l'influence du moindre traumatisme, déterminant ainsi une perforation de l'œil avec les dangereuses conséquences qui en découlent. On aura recours alors, comme dans le cas de glaucome, aux myotiques qui diminueront la tension oculaire et pourront empêcher une perforation de se produire.

Enfin, on emploie quelquefois l'atropine pour faciliter l'examen ophtalmoscopique. Celui-ci se fait habituellement sans l'intervention d'aucun mydriatique et on y arrive facilement avec un peu d'habitude ; cependant, chez certaines personnes, surtout chez les sujets avancés en âge, à pupille étroite, punctiforme, il est quelquefois fort difficile de bien voir les détails du fond de l'œil. L'atropine est dans ce cas d'un usage assez répandu, mais cette pratique est détestable. Outre que l'action de l'alcaloïde persiste quelquefois pendant sept à huit jours, gênant considérablement la vision par la mydriase qu'il détermine, on y a recours, nous venons de le dire, pour des individus à pupille étroite, c'est-à-dire pour des individus

Digitized by Google

âgés, à sclérotique rigide et susceptibles de faire une poussée glaucomateuse sous une influence quelconque, sous l'influence de l'atropine en particulier.

On ne devra donc jamais recourir à l'atropine pour l'examen du fond de l'œil, et dans les cas où une pupille punctiforme ne permettra pas d'en voir les détails, on aura recours alors à la cocaïne qui tout en déterminant une mydriase bien moins durable n'aura pas le fâcheux inconvénient de pouvoir déterminer une attaque de glaucome.

IV. Mode d'emploi. — L'atropine sera employée en collyre et c'est de cette manière que son action sera le plus rapide et le plus efficace. Suivant l'intensité de l'affection on prescrira par jour deux, quatre ou six instillations d'un collyre ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine..... | 0,05 centigr. |
| Eau distillée bouillie..... | 10 grammes. |

Dans les cas intenses, on pourra même employer des collyres plus forts et on ordonnera quatre instillations par jour de :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine..... | 0,10 centigr. |
| Eau distillée bouillie..... | 10 grammes. |

Enfin si l'inflammation revêt une très grande intensité et a provoqué de véritables adhérences, il sera nécessaire de multiplier les instillations de ce collyre auquel on ajoutera au besoin de la cocaïne pour en accroître la puissance. On prescrira des instillations quatre à six fois par jour de :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine..... | 0,10 centigr. |
| Chlorhydrate de cocaïne..... | 0,25 — |
| Eau distillée..... | 10 grammes. |

En pareil cas, les synéchies se distendent et s'allongent avant de se rompre et des instillations répétées pendant des mois entiers peuvent souvent suffire à dégager le bord pupillaire. De plus, la combinaison de l'atropine et de la cocaïne agit souvent très bien sur les douleurs et, si celles-ci sont très fortes, on pourra répéter les instillations six à huit fois par jour.

L'usage de l'atropine devra être continué plusieurs semaines après la disparition de tout symptôme inflammatoire, soit dans le but de rompre des synéchies ayant résisté jusque là, soit pour prévenir des contractions fatigantes et nuisibles de l'iris.

Enfin, l'atropine en s'écoulant par les voies lacrymales dans les fosses nasales produit quelquefois chez certaines personnes un dessèchement de la gorge fort désagréable. Il suffira, pour éviter cet inconvénient, de comprimer avec le doigt le sac lacrymal au moment de l'instillation du collyre pour s'opposer à la pénétration de celui-ci dans les voies lacrymales.

Après l'usage prolongé d'une forte solution d'atropine, on peut voir exceptionnellement se développer une conjonctivite folliculaire ou une inflammation du sac lacrymal ; chaque instillation nouvelle du mydriatique suffit alors à réveiller l'inflammation et, dans ces cas, il faudra substituer à l'atropine la duboisine ou l'homatropine qui s'emploient à la même dose et de la même manière.

Conclusions. — En somme, pour nous résumer, nous dirons :

1° L'atropine devra être employée dans l'iritis et à titre prophylactique dans toutes les affections de l'œil externe susceptibles de s'en compliquer.

2° L'atropine sera absolument proscrite dans le glaucome, dans les cas douteux où on hésitera entre une iritis et un glaucome et dans les ulcères profonds de la cornée susceptibles de se terminer par perforation, en un mot toutes les fois qu'on ne pourra sans danger déterminer une élévation de pression oculaire.

3° L'atropine sera employée en collyre, soit faible :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine.... | 0,05 centigr. |
| Eau distillée bouillie..... | 10 grammes. |

soit fort :

| | |
|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine.... | 0,10 centigr. |
| Eau distillée bouillie..... | 10 grammes. |

suivant l'intensité de l'affection.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Action anti-émétique de la teinture de lichen d'Islande

Par M. Deguy, *interne des hôpitaux de Paris*, et Bricemoret, *chef de laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris.*

Depuis 1673, époque à laquelle l'emploi du lichen d'Islande comme médicament fut préconisé par O. Borrichins, jusqu'à nos jours, l'histoire thérapeutique de cette plante peut se résumer en quelques lignes.

On l'a fort vanté et plus encore utilisé comme un spécifique de la phtisie, mais sans qu'il ait rendu dans cette affection d'autre service que de concourir à l'alimentation et encore ses propriétés alibiles peuvent être mises en doute lorsqu'on examine sa composition chimique, composition sur laquelle nous reviendrons dans la suite.

Cette idée, tirée des travaux de Hjaerne, que le lichen d'Islande constituait un excellent médicament contre la phtisie, fut le point de départ de travaux dont la multiplicité n'a pu préserver de l'oubli des propriétés absolument chimériques.

Parmi ces travaux, quelques-uns avaient attiré l'attention sur un fait, à savoir que le lichen d'Islande renfermait une substance amère, substance que pouvaient éliminer des lavages à l'eau bouillante et qui communiquait à cette plante des propriétés toniques stomachiques, et même laxatives.

On oublia vite en France que le lichen d'Islande pouvait constituer un excellent amer, et, à l'heure actuelle,

Digitized by Google

n'utilise guère que ses propriétés émollientes en tisane : on en fait également un saccharure, une gelée et des tablettes dont les formules ont encore les honneurs de la pharmacopée officielle.

Voulant utiliser les propriété amères de ce lichen dans le traitement des troubles digestifs désignés sous la dénomination de « faiblesse atonique de la digestion » et dans celui des dyspepsies qui s'accompagnent d'un certain degré d'anémie, nous avons été conduit à administrer cette plante non pas en tisane, car l'eau, même bouillante, ne dissout que des quantités peu appréciables de son principe amer, mais sous forme de teinture obtenue en épuisant par lixiviation 1 partie de lichen par 5 parties d'alcool à 80°.

C'est donc sur des bases scientifiques que l'emploi de lichen dans les dyspepsies nous avait paru être *a priori* très utile ; mais, pour les doses à employer, notre façon de procéder a été purement empirique, nous avons commencé par une dose de x gouttes pour aller jusqu'à 60 gouttes et plus, sans avoir jamais eu aucun inconvénient. Les résultats de notre expérience n'ont pas donné ce que nous attendions, mais nous ont révélé des propriétés intéressantes du lichen, propriétés tellement remarquables que nous avons cru utile d'en faire part à nos lecteurs, certains d'avance que nous leur rendrons grand service et que leurs observations corroboreront les nôtres.

Nos observations, poursuivies, dans le service de notre maître M. Huchard, au nombre de vingt-cinq environ, nous permettent d'ores et déjà de formuler cette conclusion, que ce lichen possède des propriétés anti-vomitives que nulle médication ne possède à un si haut degré.

Examinons au hasard quelques-unes de nos observations : Une de nos premières malades entre à la salle Delpech, avec des signes de tuberculose pulmonaire et de polynévrite bacillaire ; elle est nettement alcoolique, facteur important dans l'étiologie de sa polynévrite. Cette dernière reste longtemps localisée dans les membres inférieurs, s'accompagne d'atrophie musculaire et de douleurs tellement violentes, que les injections de morphine, l'antipyrine, le pyramidon restent inefficaces. Le pyramidon cependant, à la dose de 1 gr. 50 *pro die*, amène un moment d'accalmie dans ces douleurs. Puis, un jour, brusquement, surviennent, avec des douleurs dans les membres supérieurs, des signes de névrite du pneumogastrique, caractérisées par de la tachycardie, des crises de dyspnée et de toux, des signes d'intolérance stomacale avec vomissements incoercibles, hoquet, douleurs gastriques intenses, impossibilité d'alimentation. Les signes de bacillose pulmonaire s'accentuent de plus en plus. On donne à cette malade 60 gouttes de teinture de lichen par jour. L'effet fut remarquable contre les vomissements, la malade continua chaque jour pendant un mois son lichen sans vomir à nouveau. Il convient d'ajouter, de plus, que, avant l'administration du lichen, on avait ordonné, sans succès du reste, de l'eau chloroformée et des gouttes noires anglaises. Sous l'influence de la teinture de lichen, il nous a paru de plus que les crises de hoquet étaient moins fréquentes. Nous devons ajouter que l'effet contre les douleurs gastralgiques a été absolument nul. Dans ce cas particulier, l'action anti-émétisante de la teinture de lichen a été telle que nous avons acquis une grande confiance en ce médicament et que nous n'avons pas hésité un seul instant à l'administrer à toutes les autres malades du service qui vomissaient.

Une seconde malade de la salle Delpech a profité également de ces propriétés de la teinture du lichen. Cette femme, entrée déjà une première fois il y a 5 mois pour des troubles urémiques avec hématémèses, douleurs lombaires intenses, gros rein avec sensation de ballottement rénal à droite, avait été diagnostiquée néoplasme du rein. M. Routier l'opère, fait la néphrectomie droite. Il ne s'agissait en fait que d'un gros rein blanc. Après l'opération, les douleurs lombaires cessent, mais la malade tombe dans un état de cachexie tel avec albuminurie, maigreur, œdème des jambes, ventre rétracté et dur, qu'elle rentre dans le service le 9 août 1897. Des vomissements abondants et incoercibles résistent au régime lacté, à l'eau chloroformée, empêchent toute alimentation: on donne alors 50 gouttes de teinture de lichen. Les vomissements spontanés cessent, mais l'essai d'ingestion de quelques aliments détermine à nouveau des vomissements alimentaires. On modifia alors l'administration du lichen qui était donné à dose massive (L g.) vers 5 heures du soir; on divise alors la dose et on donne XXX gouttes avant chacun des deux repas. Les vomissements alimentaires cessèrent et n'ont plus reparu. L'action sur les urines a été nulle, pas d'augmentation. De la diarrhée étant survenue, la teinture de lichen a été sans aucune action. Cette malade a depuis succombé aux progrès de la cachexie et, à l'autopsie on a trouvé une tumeur rénale du rein gauche de la grosseur de la tête d'un homme adulte avec noyaux métastatiques dans le foie.

Une troisième malade de la salle Delpech nous a montré l'importance de l'administration de la teinture de lichen un quart d'heure avant les repas et à dose suffisante de XXV à XXX gouttes, ou plus, la dose de X gouttes nous ayant paru manifestement insuffisante. Cette malade, âgée de 24 ans, est entrée pour de la toux quinteuse, sans fièvre, des signes de bacillose nette, et une albuminurie considérable, consécutive à une fausse couche qu'elle vient de faire. De plus, on constate à droite un épanchement pleural assez abondant. Vomissements spontanés et alimentaires. Toux émétisante. L'appétit est conservé, il n'y a pas de diarrhée. Contre les vomissements, nous donnons de la teinture de lichen ; les vomissements spontanés cessent, les vomissements alimentaires persistent. On donne alors le lichen avant les repas, 60 gouttes, et les vomissements cessent. L'expérience nous apprit dans ce cas particulier que, si le lichen à haute dose agissait bien contre les vomissements urémiques spontanés, il fallait contre les vomissements alimentaires le donner à assez forte dose,

Digitized by Google

xxx gouttes, un quart d'heure avant l'essai d'ingestion d'aliments ou même de lait.

Chez cette malade, en outre, le lichen a déterminé une exagération de l'appétit très notable que la malade nous a spontanément avouée. De plus, nous avons fait la remarque suivante, nous avons quelque temps cessé le lichen, les vomissements sont reparus, incoercibles, résistant avec gouttes noires anglaises, au régime lacté absolu, à l'eau chloroformée, aux pilules de ciguë, etc., ils disparurent momentanément lorsqu'on administra à nouveau la teinture de lichen, puis reprirent avec tous les caractères des vomissements hystériques (la malade ayant eu des crises) et résistèrent à la médication.

Prenons maintenant un autre malade de la salle Chauffard, celui-là un tabétique avéré avec démarche ataxique, abolition des réflexes et crises gastriques intenses.

Ces crises gastriques s'accompagnent de pyrosis, de hoquet, de vomissements incoercibles. Toutes les médications échouent. Nous ordonnons alors 60 gouttes de teinture de lichen. Le résultat est remarquable, les vomissements cessent presque aussitôt, le hoquet est moins fréquent, l'appétit se fait sentir, mais les douleurs gastriques sont encore intolérables. Après une huitaine de jours de lichen, sans vomissement, les douleurs gastralgiques persistant, nous faisons faire des lavages de l'estomac avec une solution alcaline forte, les douleurs sont considérablement améliorées, et, depuis un mois, ce malade se fait consciencieusement 2 lavages de l'estomac par jour, tantôt avec du bicarbonate de soude, tantôt avec du sous-nitrate de bismuth et prend ses 60 gouttes de lichen : plus de vomissement, douleurs gastriques très modérées, possibilité d'alimentation.

Citons maintenant un autre exemple : le voisin de lit de ce tabétique entre avec un état cachectique spécial, des vomissements abondants noirâtres ressemblant assez bien à du marc de café ; un léger œdème des membres inférieurs, une dyspnée assez accentuée augmentée par de gros râles de bronchite, un léger louche d'albumine dans les urines, une constipation opiniâtre, et, au cœur un léger degré d'arythmie. Dès le premier jour, le diagnostic ne paraît pas douteux, chez ce vieillard de 71 ans, on pense immédiatement à un néoplasme stomacal ; mais les jours suivants, un examen plus approfondi et une analyse détaillée des symptômes qu'il présente nous font éliminer notre premier diagnostic et faire celui de cachexie artérielle, avec gastropathie artérielle, simulant un cancer de l'estomac. Notre diagnostic s'est de tout point vérifié par la suite. On met le malade au régime lacté absolu, les vomissemeents persistent ; on donne ensuite de la teinture de lichen, les vomissements cessent, l'appétit revient, la dyspnée s'améliore et la bronchite disparaît. La teinture de lichen a été continuée pendant environ une quinzaine de jours, nous assistons alors à une résurrection complète, le malade commence à s'alimenter et il sort de l'hôpital au bout d'un mois n'ayant plus de son cancer de l'estomac que le souvenir... de notre erreur de diagnostic du premier jour.

Un malade exactement semblable est encore actuellement en traitement à la salle Chauffard, et, si ce n'étaient quelques douleurs gastriques qui le retiennent encore et que des lavages de l'estomac au sous-nitrate de bismuth et à l'eau albumineuse calment. le malade aurait déjà depuis longtemps, dit-il, pris la clef des champs, mais il tient à savoir lui-même se laver l'estomac ; c'est pourquoi nous le gardons. De ses vomissements, il n'est plus question, ils ont complètement cessé par l'emploi de la teinture de lichen. Nous insistons sur ces faits, car les gastrites des artériels ou des rénaux sont mal connues et sont l'objet de nombreuses erreurs de diagnostic : on les diagnostique invariablement cancer de l'estomac, car ils en ont tous les symptômes, voire même les hématémèses, ils ont une cachexie artérielle assez semblable à la cachexie carcinomateuse ; et l'erreur de diagnostic entraîne une erreur de thérapeutique ; on abandonne ces malades à leur malheureux sort, alors que la thérapeutique est toute puissante et que l'on obtient chez eux des résultats inespérés.

Nous ne pouvons pas continuer ici cette analyse succincte de nos observations, cela nous entraînerait trop loin ; nous aurions à parler de deux petites chlorotiques dont les vomissements disparurent par le lichen et nous permirent par la suite de les suralimenter et de leur faire tolérer la médication ferrugineuse; nous aurions à citer nombre de tuberculeux atteints de toux émétisante, de vomissements alimentaires qui cédèrent à l'emploi du lichen, nous citerions un néoplasme stomacal avec propagation hépatique qui fut extrêmement soulagé par la disparition de ses vomissements.

Les dyspeptiques hyper et hypochlorhydriques, voire les cardiaques (rétrécissements mitraux avec vomissements), que nous avons été appelés à soigner, ont bénéficié très largement de l'emploi de la teinture du lichen, mais il nous reste ce désir que nous n'avons pu jusqu'à présent, faute de malades, satisfaire, ce serait de savoir si la teinture de lichen arrêterait les vomissements incoercibles de la grossesse, et donnerait dans ces cas, les mêmes résultats que chez les malades que nous avons eu l'occasion d'observer.

En somme, et c'est là la conclusion thérapeutique à laquelle nous arrivons : la teinture de lichen est une excellente médication contre les vomissements, et nous espérons que de nouvelles observations viendront confirmer le fait. Nous insistons déjà sur ce fait que ce seront les vomissements hystériques qui seront les plus rebelles à cette médication. Nous ne pouvons encore préciser, quand, dans quelles conditions on en obtiendra les meilleurs résultants, car il est évident que ce médicament, comme tous les médicaments d'ailleurs, pourra échouer.

Bien que, sur nos 25 cas, le fait ne nous soit personnellement arrivé qu'une seule fois, il y aura certainement à faire de nouvelles recherches pour fixer définitivement

Digitized by Google

la posologie et le mode d'administration de la teinture de lichen, c'est ce que nous espérons faire d'ici peu, car la thérapeutique se trouverait augmentée d'un médicament puissant et susceptible de rendre les plus grands services aux médecins praticiens.

A quel composé chimique peut-on rapporter l'action antivomitive de cette préparation galénique de lichen?

Lorsqu'on examine la composition du lichen d'Islande, on constate qu'il renferme :

70 0/0 d'une matière amylacée spéciale, la lichenine, que plusieurs de ses propriétés rapprochent des mucilages.

3 0/0 d'une composé phénolique, le cetrarin ou acide cetrarique, substance douée d'une saveur très amère, insoluble dans l'eau froide, peu soluble dans l'eau bouillante et dans l'alcool froid, plus soluble dans l'alcool bouillant.

4 0/0 d'une matière sucrée incristallisable.

1 0/0 de chlorophyle.

7 0/0 d'une matière colorante encore indéterminée.

1 0/0 d'un acide gras particulier, l'acide lichenostearique.

4 0/0 de gomme, et environ 10 0/0 de cire et de sels de potasse et de chaux à l'état de fumarates, d'oxalates, de tartrates et de silicates. Mialhe a enfin signalé dans ce lichen la présence de l'iode.

Parmi ces substances, la lichenine, la gomme sont insolubles dans l'alcool : la teinture de lichen renfermera donc de l'acide lichenostéarique, du cetrarin, qui sont solubles et encore en faible proportion dans ce liquide qui dissout également la matière colorante.

Est-ce au cetrarin que la teinture de lichen doit cette propriété? Nous ne le pensons pas, au moins actuellement.

L'étude physiologique de ce corps entreprise par Kobert lui a permis de conclure qu'à la dose de 0,10 c. il excite les mouvements de l'estomac et de l'intestin, augmente les globules rouges et blancs, stimule modérément le système nerveux central, propriétés qui peuvent trouver leur emploi chez les chlorotiques manquant d'appétit et qui sont constipées. Or, nous administrons la teinture de lichen à des doses oscillant entre 30 gouttes et 1 gramme, ce qui revient à administrer de 0,0033 à 0,006 de cetrarin en admettant que l'alcool ait dissous la totalité du cetrarin que renferment les thalles de lichen, ce qui est très improbable(1); or, à cette dose, il ne nous a pas encore été permis de constater que le cetrarin fut doué de propriétés thérapeutiques appréciables.

De son côté, l'acide lichenostéarique ne possède pas de propriétés médicinales bien marquées.

Cette différence d'action que nous avons été à même d'observer, jusqu'à présent du moins, entre la préparation galenique de lichen et la substance qu'on s'accorde à regarder comme son élément actif nous a conduit à reprendre l'étude chimique du lichen d'Islande.

(1) En réalité ces chiffres sont trop élevés à cause de la faible solubilité du cetrarin dans l'alcool à 80°.

Nous avons pu constater qu'il renfermait de l'iode probablement en combinaison organique, ce qui n'a rien de surprenant, car la présence de l'iode dans les algues est un fait constant.

Il est également probable que la matière colorante de cette variété de lichen doit se rapprocher des acides isolés par Zopf du *cetraria pinastri*, et par Hesse du *cetraria juniperina* (acides pinastrique, usnique).

Nous poursuivons nos études sur ce sujet. Dès que nous aurons obtenu cette matière colorante dans un état de pureté satisfaisant, nous entreprendrons l'étude physiologique de cette substance, comparativement avec celle du cetrarin, au point de vue particulier qui nous occupe.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Le permanganate de potasse comme antidote de l'opium.** — Le permanganate de potasse qui neutralise un grand nombre de poisons organiques, tels que le venin de vipère, est sans influence aucune sur l'atropine, la cocaïne, l'aconitine, la pilocarpine, l'hyoscine, l'hyoscyamine, la vératrine. Même le phosphore, qui s'oxyde si facilement à l'air, résiste à son action, de même qu'à celle de l'eau oxygénée. Au contraire, l'opium et ses alcaloïdes sont immédiatement oxydés par le permanganate. M. Moor (de New-York), expérimentant sur lui-même, a pu ingérer à jeun 0 gr. 30 de sulfate de morphine, qu'il fit suivre immédiatement de 0 gr. 50 de permanganate de potasse, sans ressentir le moindre effet. Il n'est même pas nécessaire de prendre l'antidote immédiatement après le poison : l'opium paralyse jusqu'à un certain point l'estomac et le tube intestinal, et ralentit ainsi la résorption. *(Therap. Wochenschrift.)*

En présence d'un empoisonnement, on commencera par l'administration d'une solution diluée de permanganate de 0 gr. 50 pour 250 gr. d'eau. Les expériences de Hitzig ayant démontré que la morphine injectée sous la peau est sécrétée par la muqueuse gastrique, on devra continuer à donner toutes les demi-heures une solution de 0 gr. 06 de permanganate sur 100 grammes d'eau. On détruira ainsi le poison déjà résorbé qui est sécrété de nouveau par l'estomac. Chez des sujets narcotisés trop profondément pour avaler, on aura recours aux injections hypodermiques d'une solution de permanganate au centième. Il s'agit aussi de cette façon, d'après un mode encore inexpliqué. — Bd.

**A propos du coryza.** — On nous adresse les lignes suivantes à propos d'une correspondance des départements sur le traitement abortif du coryza :

« Le traitement abortif du coryza par l'iodoforme a déjà été préconisé par Maurel, de Toulouse, qui, à la séance du 14 novembre 1894 de la Société de Thérapeutique, s'exprimait ainsi :

« C'est pour remplir ces conditions (mettre le staphylocoque des « fosses nasales en contact avec les vapeurs iodoformiques) que « j'eus l'idée de mettre à demeure du coton iodoformé; il ne pro- « voque ni gêne, ni irritation...

« Non seulement le coryza aigu guérit rapidement sous l'influence « des vapeurs iodoformiques, mais, fait plus important, la bron- « chite descendante, qui suit si souvent le coryza, est ainsi évitée « ou réduite à de faibles proportions. Toutefois, je dois le dire, « pour obtenir ce dernier résultat, il faut prendre le coryza au « début, etc. »

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## PATHOLOGIE NERVEUSE

**Sur quelques lésions expérimentales de la cellule nerveuse.** — Nous avons déjà, l'an passé, communiqué, au Congrès de neurologie de Nancy, les résultats d'expériences faites sur le cobaye dans le but d'étudier les lésions légères des cellules nerveuses de la moelle provoquées par l'anémie temporaire de cet organe. Depuis notre premier travail, nous avons reproduit sur un plus grand nombre d'animaux nos expériences premières; nous avons cherché à déterminer non seulement les caractères, mais aussi la durée approximative des lésions provoquées. La présente communication résume les faits que nous avons observés.

Notre intention a été de rechercher les différences ou les analogies que peuvent présenter les altérations primitives de la cellule nerveuse ainsi produites, avec celles qui apparaissent consécutivement aux sections des troncs nerveux, telles qu'elles ont été constatées par différents auteurs et par nous mêmes.

Le procédé expérimental que nous avons employé est le suivant : On comprime, avec les deux pouces, contre la colonne vertébrale l'aorte abdominale d'un cobaye pendant environ 5 minutes ; on cesse la compression et l'on constate que l'animal présente une paraplégie complète des pattes postérieures. Cette paraplégie se dissipe au bout de quelques minutes (de 4 à 6 minutes en moyenne). Après un court intervalle, seconde compression de 6 à 7 minutes de durée ; la paraplégie qui succède à ce second temps d'anémie disparait après 8 à 10 minutes. Nouveau temps de repos, troisième compression de 5 à 6 minutes de durée. Cette fois, en général, la paralysie est plus durable. Elle ne s'efface complètement qu'au bout d'une demi-heure, une heure et quelquefois plus. Alors l'animal a, comme précédemment, recouvré l'entière liberté de ses mouvements : tout au moins, il est impossible, lorsqu'il est placé au milieu d'autres cobayes, de le distinguer de ses voisins par quelque caractère anormal de la station ou de la marche. On sacrifie alors le cobaye; on place sa moelle pendant 24 heures dans l'alcool à 90°, et on colore les coupes par la méthode de Nissl.

En variant la durée et le nombre des temps d'anémie, mais sans aller jusqu'à déterminer une paraplégie définitive, nous avons pu observer la série des altérations légères que ces anémies transitoires produisent dans la structure des cellules ganglionnaires spinales. Nous avons ainsi noté des faits qui nous paraissent intéressants au point de vue de la pathologie générale de la cellule nerveuse.

La première lésion apparente, c'est la dissolution partielle des granulations chromatophiles. Cette altération, ainsi que l'ont constaté, dans des conditions analogues, divers expérimentateurs, précède incontestablement toute la série des modifications bien connues que subit la cellule lorsque l'anémie de la moelle a été longtemps prolongée, c'est-à-dire la rupture des prolongements, les formations vacuolaires, la fragmentation du corps cellulaire, la disparition du noyau. Cette chromatolyse partielle initiale ne nous a pas paru avoir une répartition topographique régulière et toujours la même. Nous l'avons vue se localiser dans les points les plus divers de la cellule. Nous n'avons pas constaté qu'elle se cantonnât plus particulièrement au pourtour du corps cellulaire, mais plus généralement, soit au pourtour du noyau, soit à l'un des pôles de la cellule, à la base d'un prolongement protoplasmique. La plupart des cellules ainsi lésées ont subi un certain degré de tuméfaction; leurs noyaux paraissent intacts et gardent en général, leur position centrale.

Les altérations que nous venons de décrire sont les plus légères ; mais nous avons pu provoquer des lésions de chromatolyse plus générales et plus diffuses en recourant, par tâtonnements, à des compressions plus prolongées ou plus fréquemment réitérées.

Dans trois cas, notamment, nous avons noté une dissolution presque complète des granulations chromatophiles dans la presque totalité des cellules ganglionnaires des cornes antérieures du renflement lombaire. Ces cellules, dont les granulations avaient disparu, offraient une coloration diffuse ; beaucoup d'entre elles étaient notablement tuméfiées et tendaient, tout en ayant conservé leurs prolongements, vers la forme globuleuse. Dans quelques-uns, le noyau non altéré avait subi un déplacement notable ou se trouvait nettement rejeté à la périphérie du corps cellulaire, ce qui permet de penser que le réseau achromatique avait subi, lui aussi, un certain degré de désintégration.

Fait important à noter, les animaux dont les cellules spinales étaient ainsi altérées jouissaient pourtant, au moment où ils ont été sacrifiés, comme ceux chez lesquels les lésions constatées étaient moins accusées, de l'intégrité des mouvements. Ce qui nous conduit à penser que la granulation chromatophile (kinetoplasma de Marinesco) ne constitue pas, comme on avait été logiquement amené à le supposer, l'agent nécessaire de la fonction excito-motrice.

D'autre part, et c'est là une particularité que nous tenons à mettre en relief, nous avons été frappés par ce fait, que les modifications de structure, subies par un grand nombre de cellules ainsi lésées par anémie transitoire du centre spinal, présentaient d'étroites analogies avec les altérations bien connues que détermine, dans ces mêmes éléments, la section des nerfs périphériques,

Digitized by Google

c'est-à-dire la tuméfaction de la cellule, qui tend à prendre la forme globuleuse, la dissolution des granulations chromatophiles de Nissl, l'ectopie plus ou moins avancée du noyau pour un certain nombre de cellules.

Tels sont les traits de ressemblance que l'on peut relever dans les préparations que nous avons obtenues. Dans ces derniers temps, quelques auteurs, MM. Marinesco, Lugaro notamment, se sont appliqués à marquer les différences très nettes qui existent entre les lésions secondaires de la cellule nerveuse, c'est-à-dire consécutives aux sections des nerfs périphériques, et les lésions primitives produites par une injure directe faite à ces mêmes cellules ganglionnaires (anémie expérimentale, etc.). En rapprochant très judicieusement la lésion secondaire expérimentale des altérations cellulaires observées dans un certain nombre de cas de polynévrite, M. Marinesco a encore contribué à individualiser, en lui donnant la valeur d'un type de dégénération, l'altération secondaire de la cellule nerveuse et à l'opposer en même temps aux modes de dégénération, d'ailleurs très variés, que l'on peut rencontrer dans le groupe des lésions primitives produites par l'anémie prolongée, les intoxicotions, les infections, etc.

Cette distinction est parfaitement légitime si l'on met en présence les unes des autres, d'une part, les altérations que détermine, dans les cellules ganglionnaires spinales, la section des nerfs correspondants, et, d'autre part, les désintégrations aiguës et brutales des cellules spinales qu'entraînent la ligature définitive ou longtemps prolongée de l'aorte abdominale, les embolies expérimentales de la moelle épinière, les infections intenses, les intoxications massives.

Il est incontestable, en effet, que les lésions cellulaires, réalisées dans ces deux ordres de cas, sont fort dissemblables. Cependant, nous venons de voir qu'une injure directe, mais légère et graduellement effectuée, produite comme celle que nous avons réalisée dans nos expériences, peut déterminer des lésions cellulaires très analogues aux altérations dégénératives secondaires à la section des nerfs. Sans doute, l'évolution n'est pas la même dans les deux ordres de faits, les lésions primitives s'effectuent et se réparent beaucoup plus vite que les lésions secondaires. Nous avons constaté, en effet, dans le cours de nos recherches, que, dès le cinquième ou le sixième jour, elles s'étaient presque entièrement effacées. Mais il n'en est pas moins vrai qu'une atteinte directe portée à la cellule nerveuse, lorsqu'elle est suffisamment atténuée, peut provoquer une altération dégénérative de cet élément, à peu près semblable aux altérations secondaires. Les dissemblances habituellement observées entre ces deux ordres de lésions sont peut-être le fait d'une différence dans l'intensité plutôt que dans la qualité de l'injure produite. Nous croyons donc que la séparation des lésions dégénératives de la cellule nerveuse en deux types, le secondaire et le primitif, est, d'une manière générale, parfaitement fondée, mais qu'il ne faudrait pas formuler en termes trop rigoureux, absolus. Puisqu'une lésion primitive est capable, dans certaines conditions, de se montrer semblable à la lésion secondaire, on conçoit qu'il puisse se présenter, en anatomie pathologique, tel ou tel cas dans lequel l'aspect des cellules altérées ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer catégoriquement le caractère primitif ou secondaire de l'altération constatée.

Une autre conséquence se dégage de nos expériences : la chromatolyse est la première lésion appréciable par laquelle la cellule nerveuse révèle sa souffrance ; mais elle n'implique pas une altération profonde de l'élément anatomique. Elle est facilement et rapidement réparable quand cessent les conditions qui l'ont déterminée, si le spongioplasma n'a pas été lui-même gravement atteint et si les connexions physiologiques de la cellule nerveuse avec les cellules voisines sont conservées. — GILBERT BALLET et A. DUTIL. *(Congrès de Moscou.)*

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Ruptures urétrales et leur traitement.** — Les ruptures de l'urètre offrent des degrés de gravité fort variables, et qu'on peut, avec le professeur Guyon, diviser en cas légers, cas moyens, cas graves. A chacune de ces variétés correspondent des indications thérapeutiques différentes.

1° Les *cas légers* se rapportent généralement aux ruptures de la portion pénienne de la verge ; les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit sont soit un faux mouvement pendant le coït, la verge étant en érection, soit cette manœuvre bizarre qui consiste à « rompre la corde » dans la blennorrhagie. Ordinairement alors il n'existe que deux signes de la rupture : la douleur et l'urétrorrhagie, peu abondante, accompagnée d'ecchymose plus ou moins étendue du fourreau de la verge, et d'infiltration modérée. Si les troubles de la miction sont absents, et que le malade pisse aisément et sans grande douleur, toute tentative de cathétérisme serait une faute grave, et le meilleur traitement est l'*expectation*. Il faut savoir pourtant que ces cas, en apparence bénins, peuvent à un moment donné se compliquer de rétention et d'infiltration, et, par conséquent, il faut se tenir prêt à toute éventualité.

2° Les *cas moyens*, qui correspondent généralement à une rupture de la portion périnéale, à la suite d'une chute grave à califourchon. sont les plus embarrassants au point de vue du traitement. L'hémorragie est abondante, récidive facilement ; il y a de véritables hématomes appendus à la paroi inférieure du canal ; mais la miction est encore possible, quoique difficile, douloureuse et fréquemment interrompue par un caillot. Quelle conduite tenir ? Faut-il sonder le malade, ou avoir recours de suite à l'intervention sanglante ? Les partisans de l'intervention font remarquer avec juste raison que, bien que le cathétérisme soit encore praticable, il ne l'est qu'avec une très grande difficulté ; il exige une main exercée ; il faut passer lentement une sonde en caoutchouc rouge, munie d'un mandrin courbé,

Digitized by Google

le long de la paroi supérieure, qui a des chances de n'être pas être rompue; enfin laisser cette sonde à demeure un certain temps, tout en surveillant attentivement le périnée, Malheureusement, il arrive souvent que, malgré la sonde, qui a bien passé, qui fonctionne bien, qu'on peut, par des lavages, débarrasser des caillots qui l'obstruent, et qui viennent du sang écoulé de l'urètre dans la vessie, — il arrive souvent, disons-nous, que l'infiltration continue quand même, que le périnée se tuméfie, que la sonde s'incruste de sels calcaires, est mal supportée, enfin que des phénomènes fébriles apparaissent. En sorte que le chirurgien est obligé de proposer tardivement une incision périnéale, et de la pratiquer dans de plus mauvaises conditions qu'au début.

Il semble donc qu'on puisse poser en principe que la sonde à demeure ne convient qu'aux cas les plus bénins de cette seconde variété de ruptures urétrales, et que, toutes les fois qu'il y aura des troubles de la miction, ne cédant pas à des cathétérismes répétés, et des hématomes plus ou moins importants, c'est à l'*urétrotomie périnéale précoce* qu'il faudra avoir recours. En effet, en admettant que le malade guérisse avec le seul secours de la sonde à demeure, il restera exposé plus tard à un rétrécissement cicatriciel étendu, nécessitant une urétrotomie interne. Si l'incision périnéale n'évite pas toujours ce rétrécissement cicatriciel, elle a du moins des chances d'en arrêter peut-être l'évolution ou d'en atténuer les effets, lorsqu'il s'agit, par exemple, de ruptures incomplètes où l'on peut affronter et suturer les deux bouts du canal divisé.

3° Dans les *cas graves*, en présence de l'abondance de l'épanchement, de l'impossibilité absolue de la miction et du cathétérisme, le doute n'est plus permis : le seul traitement est l'*urétrotomie externe d'emblée*, sur les détails opératoires et sur les difficultés de laquelle nous n'insisterons pas ici.

Tout au plus, pourra-t-on avoir recours, mais seulement d'*une façon provisoire*, en attendant le chirurgien par exemple, à la ponction hypogastrique, qui ne doit pas être considérée comme une méthode de traitement à renouveler. — L. Flœrsheim.

## CHIRURGIE MILITAIRE

**Ostéome des cavaliers et des fantassins.** — On sait qu'on observe avec une fréquence relative chez les soldats des tumeurs auxquelles on a donné le nom d'ostéomes, bien qu'elles n'aient pas toujours avec les os un lien de continuité. Cet ostéome résulte de l'inflammation chronique du tissu musculaire interfibrillaire; on le constate sur le deltoïde, le brachial antérieur chez le fantassin (point de contact du fusil); au niveau des adducteurs, chez les cavaliers; enfin, Ludwig, d'après Coustan (*Aide-mém. de chir. milit.*) a signalé en 1886 « un ostéome siégeant dans le vaste externe de la cuisse gauche, produit par le choc du fourreau du sabre pendant le galop du cheval ». Ce sont en somme des pressions réitérées qui sont la cause occasionnelle de ces néoformations, produites par une extravasation sanguine, subissant la transformation cartilagineuse, puis osseuse.

L'*ostéome des adducteurs* forme, d'après Coustan, une tumeur dure, résistante, inégale, allongée suivant la direction du muscle malade, qui devient de plus en plus dur, en dépit des traitements. Tout le long du muscle, on suit un cordon de consistance osseuse — que Billroth nommait *Reiterknochen* (os des cavaliers), et Virchow *ossa præpubica* —; ce cordon se termine par un renflement osseux de la dimension d'un œuf de poule, situé à 0,15 centimètres du pubis, adhérent sans mobilité au fémur. On suit facilement cette masse osseuse au milieu de la masse musculaire de la cuisse; elle gêne considérablement les mouvements d'adduction et d'abduction. Cet ostéome des adducteurs a été rencontré 10 fois sur le moyen adducteur, 4 fois sur le grand adducteur, 2 fois sur le pectiné, 1 fois sur le droit interne, 1 fois sur le biceps fémoral, 1 fois sur le psoas iliaque, d'après la statistique de Schmidt.

L'*ostéome des fantassins* est beaucoup plus rare; on l'observe au niveau du brachial antérieur, et Rasmussen en a cité deux observations intéressantes.

L'*ostéome du deltoïde* apparaît à la suite de la gymnastique, d'exercices et d'efforts prolongés; la tumeur s'étend depuis l'insertion humérale du deltoïde jusqu'au niveau du pli du coude quelquefois; tout d'abord la masse se délimite mal du biceps et du triceps, mais la période aiguë passée, avec ses douleurs et ses troubles fonctionnels considérables, elle n'occupe plus — définitivement — que l'épaisseur du deltoïde. Le malade peut reprendre son service au bout d'un mois (Coustan). Si l'ostéome ne dépasse pas en longueur 4 à 5 centimètres, le maniement du fusil est encore pénible; mais quand il atteint 7 à 10 centimètres de long sur 3 à 4 de large, les mouvements sont gênés, les douleurs apparaissent.

Chez le cavalier, l'ostéome compromet toujours l'aptitude militaire.

Le traitement est surtout curatif; on a tenté, au moment de l'accident, d'empêcher l'évolution de la tumeur, par l'immobilisation, le massage, la compression élastique, mais sans grand succès. De même l'électropuncture ne semble avoir donné aucun résultat; quand la tumeur est douloureuse et qu'elle diminue la capacité de travail du malade, c'est à l'extirpation, pratiquée pour la première fois par Josephson en 1865, qu'il faut avoir recours.—L. F.

## MÉDECINE LÉGALE

**De l'inhibition.** — On savait vaguement, autrefois, que des individus mouraient instantanément, après avoir reçu un coup dans certaines régions du corps, bien que le coup eût été léger et qu'il fût impossible de trouver ni une lésion cutanée, ni même une ecchymose.

Digitized by Google

Le premier fait qui attira l'attention des médecins légistes fut, sur ce sujet, celui de l'abbé Delacollonge. Cet ecclésiastique avait reçu de son évêque l'ordre de quitter sa cure, parce qu'il avait une maîtresse. Au moment des adieux, la femme aurait proposé à l'abbé de mourir ensemble ; celui-ci, en plaisantant, aurait légèrement serré le cou de sa maîtresse, qui tomba morte ; les juges n'admirent pas la théorie de l'abbé Delacollonge. A l'audience, un capitaine de dragons, en garnison à Tarbes, raconta qu'au mess des officiers de son régiment, il avait entendu l'un de ses camarades affirmer qu'on pouvait tuer un homme en lui donnant un léger coup sur le larynx ; des paris avaient été engagés et un officier s'était soumis à l'épreuve. Celle-ci réussit trop bien, l'officier tomba et l'on eut grand'peine à le rappeler à la vie. Les magistrats, les experts et les jurés ne furent pas plus convaincus par le témoignage du capitaine de dragons que par les affirmations de l'abbé — qui fut condamné.

Cependant le fait resta, il en survint d'autres, et bientôt un nouvel incident appela l'attention sur ce genre de mort. Un médecin danois prétendait guérir les accès d'asthme en cautérisant le pharynx avec de l'ammoniaque.

Il vint à Paris, où il acquit un certain renom. Mme Adelaïde, sœur du roi Louis-Philippe, voulut se soumettre à son traitement, mais elle fut précédée par une de ses dames d'honneur, asthmatique également. Au moment où le médecin danois touchait avec l'ammoniaque le pharynx de la dame d'honneur, elle mourut subitement.

De son côté, Tardieu raconte l'histoire suivante : un jeune garçon fut envoyé par son père acheter du tabac ; la marchande qui le sert était une femme vieille et maigre au cou décharné. Le gamin, amusé de voir le larynx de cette veille femme monter et descendre à chaque mouvement de déglutition, veut l'attraper comme il attraperait un papillon qui vole. Il s'élance et donne un coup sur le larynx de la marchande. Celle-ci tomba morte !

M. le Dr Brouardel cite l'observation suivante qui lui est personnelle. Un jour on apporte à la Morgue le corps d'un jeune typographe de douze ans. Cet enfant jouait, dans l'atelier, avec un de ses camarades, après le repas de midi. Il était couché sur le dos, son camarade était sur lui. Aussitôt, le gamin qui le maintenait se relève et en le relevant lui donne un léger coup de pied dans le creux de l'estomac. Celui-ci veut se relever à son tour et meurt. Son corps ne présentait aucune ecchymose, et les ouvriers qui avaient assisté à cette scène affirmèrent qu'à aucun moment les coups portés n'avaient été sérieux.

Peu de temps avant ce fait, s'était déroulée aux assises l'affaire de la femme Le Manach. L'inculpé Billoir prétendait lui avoir donné un coup de pied dans le ventre, par-dessous ses jupes, pendant qu'elle était accroupie et occupée à allumer le feu. La femme serait tombée morte. On était alors en 1878. Le médecin légiste n'admit pas alors la possibilité de ce fait. Cette affaire, qui eut alors un grand retentissement, n'éclaira en rien le point qui aurait pu intéresser.

La question ne devait changer de face qu'après que l'on connut les expériences de Brown-Séquard.

Nous savons par la physiologie ce qu'est un mouvement réflexe : une excitation sensitive détermine un mouvement en dehors de toute déterminaison volontaire. Le cerveau, la volonté y sont si étrangers que chez les animaux, chez les grenouilles, l'ablation du cerveau non seulement ne les supprime pas, mais les exagère. Les réflexes ont pour centres le bulbe et la moelle allongée.

Ce qu'il faut nous rappeler, c'est l'association des phénomènes réflexes. Le type de ces phénomènes est l'éternuement. L'irritation d'un très petit point de la muqueuse nasale est transmise au centre réflexe correspondant, celui-ci transmet l'excitation qu'il vient de recevoir à d'autres centres : de là mise en scène d'un certain nombre d'organes fonctionnels provoquant, coup sur coup, un écoulement de larmes, un flux de mucus nasal, des mouvements du visage, des épaules, des bras, la flexion du corps, aboutissant à l'éternuement final ! Cette association de phénomènes est tellement constante, tellement fatale qu'on l'observe chez des paralytiques, chez des hémiplégiques qui, depuis des années, ne peuvent plus imprimer à leurs bras de mouvements volontaires.

Or, l'inhibition de Brown-Séquard, qui se produit après un coup sur le larynx, par exemple, est un phénomène inverse de ceux qui se produisent dans l'éternuement. Une excitation minime peut arrêter le cœur et la respiration, nos deux fonctions maîtresses qui ne prennent jamais de repos, tant que nous vivons.

Nous savons que le cœur contient de petits ganglions nerveux qui entretiennent les mouvements du cœur. Ils sont reliés au bulbe par le pneumogastrique.

Or, le pneumogastrique, la physiologie nous l'apprend, arrête les battements du cœur, c'est donc un nerf d'arrêt et non d'excitation. Aussi, sous l'influence d'une irritation périphérique, le bulbe peut arrêter par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique les mouvements du cœur.

Certaines régions possèdent surtout la propriété de produire cet effet — certaines branches du trijumeau, le nerf laryngé supérieur, les nerfs cutanés de la région sus et sous-hyoïdienne, de la région épigastrique, des testicules, de l'utérus.

La théorie de Brown-Séquard est celle-ci : au lieu de produire une excitation motrice, l'irritation de certains nerfs détermine au contraire l'arrêt des fonctions de respiration et de circulation.

En présence d'une mort pareille, le médecin légiste est singulièrement embarrassé. Cependant Brown-Séquard a assigné à la mort par inhibition trois caractères principaux : il a dit que la mort survenait sans agonie, *dans le plus grand silence*, sans convulsions et qu'on ne trouvait pas d'écume dans les bronches ; il a dit qu'elle s'accompagnait d'un arrêt des échanges entre le sang et les tissus,

Digitized by Google

que le sang conservait sa couleur rouge au lieu de devenir noir, comme dans l'asphyxie ; il a dit enfin que la mort par inhibition était suivie d'un abaissement rapide de la température du cadavre.

Ces caractères, faciles à constater lorsqu'on se livre à des expériences physiologiques, sont difficilement constatables pour le médecin légiste appelé à donner son avis et à pratiquer l'autopsie alors que la mort est survenue depuis quelque temps déjà — que le sang, par exemple, a pu devenir noir, de rutilant qu'il était tout d'abord !

Tout le monde n'est pas également exposé à mourir par inhibition. L'impressionnabilité est variable suivant l'âge, le sexe et les circonstances morbides.

Les enfants y sont plus sujets que les adultes, les femmes que les hommes. Bien que jusqu'à présent on n'ait eu à enregistrer que peu de cas dûs à ce genre de mort, cet extrait du livre de M. Brouardel devra être d'un grand intérêt surtout pour ceux de nos confrères qui ont à s'occuper de médecine légale. — Dr Yot.

## MÉDECINE INFANTILE

**Des hémorragies gastro-intestinales chez l'enfant.** — Il n'y a aucune différence importante entre les hémorragies infantiles des nouveau-nés et les hémorragies des adultes : identiques quant à leur pathogénie, les différences qui les séparent ne sont que de second ordre. Telle est la conclusion principale d'un travail récent du Dr Costinesco (Th. Paris, 1897).

Ce syndrome est en réalité très rare chez le nouveau-né et chez l'enfant comme chez l'adulte. On l'observe de préférence dans les premières heures de la vie et plus souvent chez les garçons que chez les filles.

Une hémorragie peu abondante et unique ne nécessite aucun traitement ; si elle se répète chez un sujet atteint de fissure ou de polype du rectum, à l'occasion des déjections, il faudra traiter la cause et combattre la constipation. Dans le cas d'hémorragie abondante, le repos absolu est indispensable ; on prescrira des boissons glacées (lait de préférence, à petites doses répétées) et des applications froides sur le ventre s'il s'agit d'un enfant robuste. Par contre, l'enveloppement chaud, les bains de 38° à 40°, l'emploi de la couveuse seront préférables pour les enfants chétifs et anémiés. On combattra l'hémorragie par les potions astringentes (ratanhia, ergotine et laudanum associés), l'ergotine en injections, enfin les ventouses et cataplasmes sinapisés pour décongestionner l'intestin. On soutiendra les forces de l'enfant par une alimentation simple (lait froid). Enfin on pourra utiliser dans les cas graves les injections de sérum.

Tous ces soins d'urgence ne devront pas faire oublier l'indication capitale tirée de l'étiologie. En dehors de l'hémophilie héréditaire, dont l'influence reste toujours discutable, les nombreuses causes d'hémorragie gastro-intestinale chez l'enfant peuvent être divisées en trois groupes : 1° les causes traumatiques (traumatisme cérébral du nouveau-né pendant l'accouchement, traumatismes par causes externes, traumatismes par corps étrangers de l'intestin, par les vers intestinaux et en particulier par l'ankylostome duodenal, l'ascaris lombricoïdes) ; 2° les causes mécaniques ou locales (polypes du rectum, fissure anale, prolapsus, invagination, constipation, ulcère simple de l'estomac et du duodénum, arrêt de la circulation placentaire par des circulaires, ligature prématurée du cordon) ; 3° les causes infectieuses et toxiques. Ce dernier groupe est le plus important. Parmi les intoxications, il faut signaler l'ingestion de liquides corrosifs, l'abus des purgatifs, certains médicaments tels que l'acide salicylique et le calomel, l'intoxication alcoolique avec son retentissement sur l'estomac et le foie (cirrhose). Parmi les infections, il faut ranger la dysenterie, les coliques simples, l'entérite muco-membraneuse, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la coqueluche, la fièvre jaune, la malaria, le scorbut, le purpura, l'ictère, et enfin, la tuberculose et la syphilis.

Pour toutes les hémorragies qui ont le rectum ou l'anus pour origine, il faut s'adresser directement à la cause elle-même (polypes, etc.). Les lavements d'huile seront parfois très utiles dans le cas de dysenterie, de colite membraneuse. Dans les grandes pyrexies hémorragipares, prescrire le repos absolu et s'abstenir des purgatifs, en restreignant l'alimentation. Si la cause reste méconnue, et s'il reste quelque doute au sujet de la syphilis, le traitement spécifique devra être employé énergiquement. — W.

**Traitement des infections de l'enfant par l'exposition à l'air.** — L'emploi de la cure d'air qui donne dans la tuberculose de si heureux résultats, qui constitue à peu près le seul moyen de traitement efficace contre la fièvre des phtisiques vient d'être heureusement généralisé par M. le Pr Hutinel à la plupart des infections de l'enfance. Ses indications, sa technique et ses résultats chez l'enfant viennent d'être résumés dans une excellente thèse de M. le Dr Contal,

La cure d'air s'applique à toutes les infections lentes et subaiguës de l'enfant : athrepsie, syphilis héréditaire, rachitisme, suites traînantes de rougeole, de coqueluche, bronchopneumonies prolongées et même suspectes de tuberculose, infections gastro-intestinales chroniques. Dès la belle saison ce traitement est employé systématiquement à l'hospice des Enfants-Assistés et donne les meilleurs résultats.

La technique est des plus simples. Les enfants sont exposés à l'air à partir du mois de mai quand le temps s'y prête. On les sort dès le matin, et on les laisse jusque vers cinq ou six heures du soir. Ils sont mis dans le jardin de l'hôpital, dans leur berceau. On les place à l'ombre, dans un endroit un peu abrité, et, pour les prémunir de la trop grande lumière ou de la chaleur réfléchie, on dispose aux

Digitized by Google

arbres des fils de fer supportant des rideaux qui délimitent pour ainsi dire une chambre ouverte en haut.

M. Hutinel a fait en outre une tente en toile supportée par un piquet central et d'autres s'écartant sur les côtés. La porte de la tente reste ouverte. L'enfant est donc protégé même par en haut et l'air pénètre en avant par la porte ouverte.

Les principaux résultats sont : 1° l'augmentation de la quantité de lait prise par l'enfant. Celle-ci monte dans une observation de 50 à 75 et 100 grammes par tétée ; 2° l'augmentation parallèle de poids ; 3° la disparition de la fièvre. Dans une bronchopneumonie, suite de rougeole, la température qui se maintenait entre 38 et 39° au vingt-quatrième jour tombe définitivement à 37° le premier jour de l'exposition à l'air. Bref, la cure d'air a réussi dans certains cas en apparence désespérés. Parmi les observations de M. Contal, la plus remarquable est assurément celle d'un enfant de trois ans, cachectique et anémié, suspect de tuberculose, atteint successivement en moins de trois mois de bronchopneumonie, de coqueluche, de rougeole. Malgré cette série d'infections multiples, malgré le mauvais terrain, l'enfant, exposé à l'air dès le déclin de la rougeole, guérit. La cure d'air eut une action particulièrement remarquable sur les quintes de coqueluche qui diminuèrent d'emblée de plus de moitié. L'enfant contre tout espoir guérit. — A.-F. Plicque.

## CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

**La compression digitale de la prostate.** — Dans une série de communications résumant des études communes avec mon maître Reliquet et se rattachant toutes à un travail publié par nous sur les *Glandes de l'urètre* (1894), j'ai cherché à démontrer que l'hypertrophie sénile de la prostate est ordinairement curable aux deux premiers stades de son évolution. La guérison peut être obtenue par un ensemble de soins (régime, cathétérisme, sonde à demeure, compression de la prostate, etc.), et ces soins, convenablement appliqués, donnent des résultats au moins tout aussi satisfaisants que les opérations dirigées directement ou indirectement contre l'hypertrophie prostatique (castration, vasectomie, cystostomie sus-pubienne, etc.).

Récemment, j'ai considéré, dans leur mécanisme intime, les modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile pour en provoquer la diminution de volume. Aujourd'hui, vu l'importance du sujet, j'entrerai dans quelques détails sur la compression digitale de la prostate.

Par ce terme, il faut entendre : *l'évacuation provoquée des sécrétions prostatiques et vésiculaires qui stagnent dans les culs-de-sac glandulaires dilatés.* Les mots « massage » « expression prostatique » répondent à d'autres idées, comme on le verra par la suite ; ils ne sauraient être pris pour synonymes de compression digitale. Celle-ci est une petite intervention tout à fait spéciale, dont les indications sont précises, la technique simple et bien réglée, les résultats heureux désormais établis.

Imaginée par Reliquet il y a environ quinze ans, très fréquemment mise en usage chez ses malades, paraissant toujours avoir abrégé la durée du traitement et complété son effet, elle n'est encore cependant connue que d'un très petit nombre de praticiens.

*Ses indications en sont précises :* C'est, en thèse générale, la stagnation des sécrétions plus ou moins modifiées dans les glandes prostatiques quand le traitement usuel ne suffit point à la faire disparaître. Il n'est donc pas, pour ainsi dire, une prostatite, aiguë, subaiguë ou chronique, partielle ou généralisée, à une période déterminée de son évolution, où la compression digitale de l'organe soit inutile. Mais elle devient presque indispensable au vieillard dont la prostate dilatée subit peu à peu la sclérose périglandulaire et où les muscles expulseurs des sécrétions prostatiques perdent insensiblement leurs fonctions.

En effet, si la sclérose n'a point trop modifié les tissus, la compression digitale des glandes évacue leur contenu stagnant, favorise leur retrait, régularise leur circulation et, en somme, aide puissamment à la régression de la prostatomégalie, c'est-à-dire à la guérison. Alors que cette régression définitive n'est plus possible, la compression digitale reste encore un moyen palliatif excellent des troubles urinaires de certains prostatiques, ainsi que nous en avons rapporté des exemples (1).

*La technique en est simple et bien réglée :* Après avoir pris toutes les précautions nécessaires dans le toucher rectal de la prostate, la pulpe de l'index explore méthodiquement l'organe et reconnaît la saillie des glandes dilatées, donnant la sensation de petits kystes proéminents dans le rectum. Pour être autorisé à comprimer un de ces points, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède sous le doigt à la moindre pression comme une poche qui se vide. Peu à peu, là où le doigt appréciait une saillie, il discerne maintenant une dépression limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle qu'il déterminerait en appuyant sur un morceau de cire molle. Au contraire, à la moindre résistance, à la moindre douleur éprouvée par le malade, le doigt sera retiré. Cette compression digitale doit donc être faite avec la plus grande prudence, car elle provoquerait et elle a provoqué entre des mains inexpérimentées une exacerbation des souffrances et une poussée nouvelle de congestion prostatique.

Après quelques jours de traitement dans les prostatites aiguës, lorsque les phénomènes douloureux commencent à s'amender, il faut songer à faire la compression digitale ;

(1) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urètre*, tome I, p. 107 et suiv.).

Digitized by Google

l'état local reconnu par le toucher renseignera sur son opportunité. De même dans l'hypertrophie sénile, comme dans les prostatites chroniques, ce n'est point au début, mais après avoir utilisé les autres procédés thérapeutiques (lavements, suppositoires, cathétérismes, etc.) pendant une période de durée variable, que l'on évacuera ainsi artificiellement les glandes.

Une seule séance de compression ne permet ordinairement point de vider toutes les dilatations glandulaires ; ensuite, quelques-unes de ces dilatations se reproduisent, — c'est la règle, — moins volumineuses il est vrai. Il faut donc, à certains intervalles, pendant un certain temps (intervalles et temps que l'observation du malade sert à préciser), renouveler la compression. Je la fais habituellement précéder du passage d'une bougie molle en gomme de calibre moyen (16 à 18).

Pendant que la pulpe du doigt efface les dilatations glandulaires, le malade éprouve la sensation du passage d'un liquide dans l'urètre ; et souvent, se présentent au méat de grosses gouttes de sécrétion prostatique, purulentes, fétides, striées de sang, parfois, au contraire, d'aspect presque normal. Le microscope en fait, au besoin, reconnaître aussitôt l'origine. On doit parfois attendre un instant pour voir s'écouler au dehors ces sécrétions stagnantes. Souvent, elles refluent en partie dans la vessie, et l'urine, immédiatement après, sort trouble ou chargée de pus.

Les complications possibles sont toutes imputables à une faute opératoire, même celles qui résulteraient de la pénétration de l'urine dans les glandes dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté. Ce qui revient à dire que, chez le vieillard prostatique, à partir de la seconde étape, on comprimera la miction par un cathétérisme régulier.

Après la compression apparaît un calme relatif : les besoins d'uriner sont plus espacés ; les érections pathologiques sont moins fréquentes ; la congestion locale est atténuée ; les urines sont plus claires, la vessie se vide plus complètement. Au total, amélioration indiscutable et qui peut être définitive.

Il convient le plus souvent de revenir à la compression digitale de la prostate jusqu'au moment où l'organe, diminué de volume, a acquis une consistance uniforme et souple et où cette compression ne provoque plus la sortie d'aucun liquide.

En résumé, pratiquée avec méthode, au moment précis où elle est indiquée, la compression digitale de la prostate vient s'associer aux autres moyens que nous avons décrits bien des fois pour obtenir et hâter le dégonflement prostatique et faire cesser les troubles urinaires et les accidents infectieux qui en dépendent. Son utilité est particulièrement appréciable dans l'hypertrophie sénile, lorsque les parois des glandes ne sont point trop sclérosées, puisque la guérison de tous les symptômes morbides dont souffre le malade est encore possible ; elle abrège en outre, la durée du traitement. Dans beaucoup d'affections glandulaires de la prostate et des vésicules, la compression reste un des procédés les plus actifs dont nous disposions pour favoriser le retour des glandes à leur état normal. — Dr A. Guépin, *ancien interne lauréat des hôpitaux*. (*Acad. de méd.*, août 1897.)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Valeur diagnostique de la présence du glycogène dans le sang.** — Pour mettre en évidence le glycogène, on étale une gouttelette de sang sur une lamelle, on laisse sécher à l'air et on applique la lamelle sur un porte-objet chargé d'une goutte de la solution suivante (Ehrlich) :

| | | |
|---|---|---|
| Iode métallique..... | 1 | gramme |
| Iodure de potassium..... | 3 | — |
| Eau distillée..... | 100 | — |

Gomme arabique q. s. pour consistance sirupeuse.

Le glycogène devient brun foncé, et la préparation est prête à être examinée. Le sang normal contient quelques petites granulations libres ; dans le sang pathologique, on en trouve à l'intérieur des leucocytes, surtout des leucocytes polynucléaires (cellules neutrophiles), tandis que les globules éosinophiles n'en contiennent jamais.

MM. Goldenberger et Weiss (de Vienne) viennent de démontrer que le glycogène apparaissait régulièrement avec la suppuration d'un foyer inflammatoire, pour disparaître avec l'évacuation du pus. Ce fait avait déjà été signalé par Czerni. A l'appui de ces règles, nous citons une de leurs observations :

Un ouvrier de 21 ans rentre le 12 décembre dans leur service pour un phlegmon de la région mastoïdienne ; il présente derrière l'oreille une grosseur de la taille du poing, et à ce niveau la peau est rouge et chaude ; à la palpation, la grosseur est dure. Température : 37°8. Dans le sang ni leucocytose, ni glycogène.

Pas de changement jusqu'au 17 décembre, où la fluctuation apparaît. Le nombre des leucocytes est augmenté, et presque tous les leucocytes sont chargés de glycogène.

Le 19 décembre, incision, évacuation du pus. L'état du sang est le même.

Le lendemain, le nombre des cellules à glycogène a diminué.

Le 21 décembre, la température est à 36°5, très peu de sécrétion. Quelques cellules contiennent encore du glycogène à leur périphérie sous forme d'un croissant.

Deux jours après tout le glycogène a disparu. Les abcès froids ou torpides, les suppurations encapsulées ne donnent pas lieu à l'apparition de glycogène dans le sang. Sa présence est liée invariablement à l'évolution d'un foyer, si petit soit-il. On voit le parti que le diagnostic peut tirer de ce fait. Il faudra se mettre en garde contre une seule cause d'erreur : la pneumonie donne également lieu à la présence du glycogène dans le sang (*Wiener Klin. Wochenschrift*).

Quelle est l'origine de ce phénomène ? toutes les cellules contiennent un peu de glycogène, mais trop peu pour donner une réaction colorante. En cas de destruction cellulaire rapide, il devient libre, et il est absorbé ensuite par les cellules phagocytes. Voilà pourquoi on en trouve d'abord des granulations libres. Cette hypothèse est corroborée par ce fait, qu'en cas de destruc-

Digitized by Google

tion de cellules par des contusions, des hémorragies internes, des fractures, le glycogène apparaît également, habituellement au moment de la fièvre de résorption aseptique. — Bd.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 21 septembre 1897*

**Rapport sur un mémoire de M Caillet.** — M. Chauvel. Doit-on intervenir d'une manière hâtive dans le cas de blessure de l'abdomen par armes d'un petit calibre. Voici deux observations dont l'une est tirée du mémoire de M. Caillet.

Un sous-officier du train reçoit une balle de petit calibre à la partie inférieure de l'abdomen. Dans les instants qui succèdent à l'accident, le malade ressent quelques nausées ; puis tous symptômes de ce genre disparaissent. Le lendemain, le ventre est sensible, la paroi contractée. Une exploration au stylet ne permet pas de dire si la plaie est pénétrante ; elle ne paraît cependant pas intéresser la totalité de l'épaisseur. Malgré cela, le pouls, la dyspnée, la température, le facies deviennent typiques ; la péritonite est évidente ; l'intervention s'impose. Une laparotomie médiane sous-ombilicale permet de découvrir et d'obturer 4 perforations qui siègent sur la portion terminale du petit intestin. On referme après grand lavage à l'eau bouillie et la guérison s'effectue sans incidents.

Dans cette observation, l'intervention tardive a été cependant couronnée de succès. Mais ce qu'il faut retenir, c'est que l'obliquité et la petitesse du trajet de la balle n'avaient point permis d'affirmer la pénétration ou la non pénétration du projectile. De plus, la contracture de la paroi venait lutter contre l'introduction du stylet. Voici une autre observation plus typique : un cavalier est blessé par un projectile de petit calibre à la partie inférieure de l'abdomen, l'exploration au stylet est impossible, surtout à cause de la contracture de la paroi. Pendant les premiers jours, pas de symptômes alarmants ; puis, brusquement, une péritonite suraiguë se déclare. On fait une laparotomie qui n'empêche point la mort de survenir. L'autopsie montre sur le colon descendant une perforation oblique et surtout, dans la paroi abdominale, un trajet oblique. Cette observation n'excuse pas, comme la précédente, l'intervention tardive. Mais, comme cette dernière, elle prouve que la difficulté d'exploration des plaies par projectile de petit calibre ne permet pas, en général, de faire le diagnostic de leur pénétration. En outre, si l'on tient compte de la grande force de projection dont elles sont douées, on est logiquement amené à conclure que ce sont ces blessures qui impliquent la plus prompte intervention.

M. Lancereaux lit une observation de M. **Fournier**, d'Angoulême, dans laquelle il est fait mention d'une ectopie rénale réduite à plusieurs reprises par le voyage en chemin de fer.

**Pathogénie de l'évolution vicieuse des dents de sagesse.** — M. Moty. La série de ces accidents bien connus serait due à la présence d'un amas épithélial inclus dans l'alvéole, au voisinage de l'apex — Ce serait, en quelque sorte, un germe aberrant, un amas dermoïde supplémentaire.

**Rapport. — Atriplicisme. — Intoxication par l'arroche.** — M. Laveran. Mémoire présenté par M. Matignon. M. Megnin, qui a examiné les échantillons envoyés par l'auteur, a montré qu'il ne s'agissait pas d'acariens, mais de pucerons. Ces pucerons sont analogues, au point de vue morphologique, à ceux de nos pays ; mais ils en diffèrent par leurs propriétés irritantes. Cependant, les accidents décrits sous le nom d'atriplicisme ne s'expliquent point encore d'une manière bien claire.

## BIBLIOGRAPHIE

**Rapport sur le traitement du tabes**, par le Dr J. Grasset, professeur de clinique médicale à l'université de Montpellier. — Typographie Charles Bœhm, à Montpellier.

Rapport excellent, où la question est très bien mise au point ; empreint de la valeur qui s'attache à toutes les œuvres de l'éminent professeur de Montpellier, nous nous dispenserons de parler plus longuement de cette monographie, vu que nous en avons donné un résumé, bien incomplet cependant. — M. D.

**Vade mecum de posologie et de thérapeutique infantiles**, appliquées par le Dr H. Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Société d'Editions scientifiques. Prix : 1 fr.

Ce travail rendra les plus grands services au praticien, par son plan, par son format et par la nouveauté des substances médicamenteuses introduites dans son cadre. Une courte préface, dans laquelle l'auteur rappelle le choix des médications chez l'enfant, énumère les médicaments dangereux (sirops, teintures, alcaloïdes), indique le poids des cuillerées et des gouttes, recommande les médications externes, frictions, fumigations, inhalations) faites à l'insu de l'enfant, enfin compare l'activité des alcoolatures, teintures et vins médicinaux, précède la liste alphabétique de plus de 200 médicaments usuels ou nouveaux (benzonaphtol, convallaria, evonymine, glycérophosphates, hamamelis, hydrastinine, jaborandi, acide picrique, pyridine, sulfonal, etc.).

L'ordre alphabétique des substances actives est scrupuleusement observé dans ces tableaux, indiquant pour chaque médicament la forme médicamenteuse la plus courante (teinture, extrait, acide, poudre, sirops). La dose par année d'âge est indiquée.

Ensuite, dans une troisième colonne, l'auteur a noté les véhicules (miel, confitures, jus d'orange, lait, sirops) ou potions faciles à improviser par le médecin pressé ou par le médecin de campagne. L'auteur signale, sans les doser, les substances trop toxiques, dangereuses, recommandant ainsi l'abstention formelle. Aux médicaments actifs, il indique les doses maxima. Enfin, ce petit livre a la forme du carnet de trousse, ce qui permet aux praticiens de le porter sur eux.

**Deux ans de fonctionnement d'une crèche**, étude d'hygiène infantile, par M. le Dr Gauchas. — Masson et Ce, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain.

**Encombrement et dépréciation de la profession médicale**, par le Dr L. Grellety, médecin consultant à Vichy, ancien secrétaire des sociétés de thérapeutique et d'hydrologie.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Dubois.* — M. le Dr Picqué

**Sur un cas intéressant d'abcès du foie**

Nous avons eu l'occasion d'opérer dans le service, pendant ces dernières semaines, une série intéressante de cas de chirurgie hépatique qui, tous, se sont heureusement terminés par la guérison.

Une dame, couchée au n° 25 de notre première division mixte, a été opérée devant vous, par la méthode de Landau, d'un volumineux kyste hydatique du foie qui descendait jusqu'à dans la fosse iliaque. Elle a guéri sans incidents.

Une autre dame, couchée au n° 28 de la même division, nous avait été adressée par nos confrères les Drs Weil et Bloch pour des accidents graves de lithiase biliaire compliqués de pleurésie abondante du côté correspondant.

Il existait comme, vous vous le rappelez, une énorme tumeur douloureuse qui occupait toute la région du flanc correspondant, et ce n'est qu'après l'examen minutieux, auquel nous nous sommes livrés, des symptômes présentés par la malade, qu'il nous a été possible d'établir le diagnostic de cholécystite calculeuse qui s'est trouvé vérifié au moment de l'opération. Nous avons trouvé une énorme vésicule biliaire à parois très épaissies et adhérentes de toutes parts, et, après avoir évacué les calculs qu'elle contenait dans son intérieur, nous l'avons fixée à la paroi. La malade est actuellement sur le point de quitter l'hôpital avec une fistule biliaire (1).

Récemment encore, vous m'avez vu opérer le malade que nous avait été adressé par le Dr Lenormand et qui se trouve couché au n° 12 de notre division mixte. Le diagnostic porté par notre confrère avait été celui de lithiase biliaire.

J'avais moi-même accepté ce diagnostic après un examen approfondi des symptomes, diagnostic qui avait été corroboré également par mon excellent collègue Ménétrier auquel j'avais présenté le cas.

La laparotomie que je pratiquai alors m'amena sur un cancer limité du bord libre du foie et je regrette de n'avoir pas connu plus tôt, pour les mettre en pratique, les études expérimentales de Terrier présentées par son élève Auvray à la Société de chirurgie.

Je dus donc me borner à cette laparotomie exploratrice, et le malade quitte aujourd'hui l'hôpital, guéri de l'intervention, mais conservant une lésion incurable.

Ce sont là des erreurs fréquentes de diagnostic, et si je vous la signale aujourd'hui, c'est pour vous montrer, d'une part, combien il est important d'apporter, au diagnostic des malades qui nous sont confiés, toute notre attention et, d'autre part, pour vous rappeler combien bénigne est l'intervention dans les cas de ce genre.

(1) Cette fistule s'est oblitérée au bout d'un mois environ.

Le malade dont je veux vous entretenir aujourd'hui et qui est actuellement guéri a présenté un cas de suppuration hépatique réellement digne de fixer votre attention.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, employé de commerce, et qui se trouve couché au n° 1 de notre division mixte.

Je vous rappellerai brièvement son histoire. Il se trouve l'aîné d'une nombreuse famille dont tous les membres sont bien portants. Lui-même a joui d'une excellente santé pendant toute sa jeunesse. A 22 ans, alors qu'il accomplissait son service militaire, il contracta une fièvre typhoïde. Ceite maladie semble avoir été d'intensité moyenne et ne fut marquée d'aucune complication. Elle fut néanmoins suivie d'une très longue convalescence. Depuis cette époque, la santé de notre malade laissait beaucoup à désirer. Il se plaignait d'une grande faiblesse générale, avec malaises de tout genre. Cet état maladif ne l'empêchait pas d'ailleurs d'exercer sa profession et de se tenir debout la plus grande partie de la journée, mais il était constamment accablé de fatigue.

Il y a deux ans, ces malaises, accusés par le malade, prirent un caractère plus net et c'est à cette époque qu'il fait remonter le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Il nous raconte qu'à la suite d'une marche forcée, il fut pris d'une douleur vive, pongitive, localisée au flanc droit. Cette douleur ne s'accompagna ni d'irradiations dans l'épaule, ni d'ictère appréciable. La malade ne sait pas si les selles ont été décolorées. La douleur reparut souvent depuis, tous les trois ou quatre jours, sous forme d'accès durant plusieurs heures, et avec les mêmes caractères que la première fois. La fatigue, la marche semblèrent provoquer ces crises.

Le malade resta deux ans dans cet état. Vers le 20 février dernier, à la suite d'un surmenage, la douleur pongitive, localisée au flanc droit apparut plus vive qu'auparavant. Quelques jours après, il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur au niveau du point où il ressentait la douleur. C'est dans ces conditions qu'il se présenta dans notre service le 22 février. Dès son entrée nous constatons que l'état général est satisfaisant, le facies est un peu pâle, mais non ictérique. La température est normale. L'inspection de l'abdomen ne décèle rien d'anormal.

A la palpation, on sent une induration au niveau et à droite de l'ombilic, sous le grand droit de l'abdomen.

Cette induration paraît irrégulière et de la grosseur d'un œuf. Sa limite inférieure est très nette ; sa limite supérieure est plus difficile à préciser. De plus, elle ne change pas de niveau dans les grandes inspirations, et, en faisant contracter le grand droit, elle semble accolée à ce muscle. Il est toutefois bon de noter que la percussion donne un son mat au niveau de la tumeur et que cette matité semble se confondre, vers la partie supérieure, avec celle du foie.

Les symptômes fonctionnels présentés par le malade se réduisent à la douleur qu'il éprouve au niveau de la tumeur et qu'il ne ressent qu'à la pression.

Digitized by Google

Il n'existe aucun trouble gastrique; il n'y a pas de vomissements et l'appétit est conservé.

La constipation est habituelle et opiniâtre ; le malade ne va à la garde-robe que grâce à l'emploi régulier des lavements.

Nous n'avons relevé aucun symptôme spécial du côté des autres appareils. Le poumon et le cœur sont sains. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Les mictions sont abondantes et fréquentes, surtout la nuit. La température est normale.

Nous laissons le malade en observation jusqu'au 23 mars. A cette époque, les douleurs ont notablement diminué, mais la tuméfaction semble avoir augmenté de volume.

Je proposai alors au malade une incision exploratrice qui fut acceptée.

Dès que le malade est endormi, je pratique à nouveau un examen de la région : contrairement à l'hypothèse que j'avais émise, je constate, grâce au relâchement musculaire que la tumeur est bien réellement intra-abdominale et que, si elle est accolée à la paroi, elle appartient bien manifestement au foie malgré sa situation assez basse.

Elle me donne alors la sensation d'un battant de cloche facile à déplacer latéralement dans la cavité abdominale.

Je me décidai alors à une laparotomie médiane exploratrice.

L'incision de la paroi m'amena rapidement sur le foie qui me parut normal d'abord et très notablement abaissé. Je vous rappelle que c'était le siège de la tumeur qui m'avait éloigné de l'idée d'une lésion hépatique.

En explorant sa face convexe avec la main, je découvris sur cette face et près du bord antérieur une légère saillie adhérente à la face abdominale. Ces adhérences se détachèrent facilement.

Une nouvelle incision perpendiculaire à la première et se dirigeant à droite met à nu une saillie blanchâtre de la largeur d'une pièce de cinq francs entourée d'un tissu hépatique normal. Cette saillie offrait une consistance molle et donnait la sensation de la fluctuation.

Nous avions affaire à une collection circonscrite probablement un abcès de la face convexe du foie. Le pus de ces abcès, comme nous le rappelerons plus loin, est ordinairement stérile ; néanmoins, je préférai faire l'ouverture en deux temps, selon le procédé de Wolkmann. Je reconstituai donc la paroi, sauf au niveau de l'abcès.

Trois jours après, c'est-à-dire le 26 mars, l'abcès fut ouvert et ses parois curettées. Il ne contenait pas de pus liquide, mais une matière concrète blanc jaunâtre, ne rappelant cependant pas une cavité d'hydatide revenue sur elle-même. La cavité d'étendue notable fut drainée avec une mèche de gaze aseptique. Aujourd'hui 16 avril, le malade est bien guéri sans avoir présenté aucun incident depuis l'opération.

Messieurs, le cas que je viens de vous présenter présente un réel intérêt, tant au point de vue étiologique que sur le rapport des symptômes et du traitement.

Comment cet abcès s'est-il développé chez notre malade? Or ce jeune homme n'a jamais été dans les pays chauds ; les conditions étiologiques de cette collection sont dès lors des plus obscures à établir.

On ne peut chez lui incriminer la dysenterie qui, d'ailleurs, n'intervient dans les abcès hépatiques de nos climats qu'à titre exceptionnel. On ne saurait invoquer davantage une affection ulcéreuse de la muqueuse digestive, comme les auteurs en ont rapporté de si fréquents exemples et l'on peut dire que notre malade est indemne de toute affection chronique du tube digestif. On ne trouve dans son passé qu'une fièvre typhoïde qui remonte à l'âge de 22 ans.

Bien que cette maladie ne constitue qu'un facteur rare ainsi que Rombert le signalait il y a quelques années et que, chez lui, cette maladie soit déjà très ancienne, il n'en est pas moins vrai qu'elle entraîna une très longue convalescence et que, dès lors sa santé resta plus ou moins altérée. Enfin, la lésion qui l'amène à l'hôpital ne présente pas une marche aiguë et son début remonte à 2 ans.

Certes, je ne voudrais nullement incriminer dans le cas particulier la dothiénentérie, et augmenter de la sorte la statistique publiée par Rombert en 1890. Je tenais, en présence d'une affection dont l'étiologie est fort obscure, mettre en lumière une affection évidemment très ancienne mais qui, dans certains cas rares, à la vérité, a pu être l'origine de l'abcès hépatique.

Au point de vue anatomo-pathologique, je rappellerai : 1° les lésions de périhépatite caractérisées chez notre malade par l'épaississement de la capsule et l'adhérence du foie par de fausses membranes fibrineuses à la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic ; 2° la cavité assez étendue de l'abcès et que je pus explorer facilement avec la sonde cannelée ; 3° son contenu : il n'était pas liquide, mais plutôt granuleux, formé de masses caséeuses jaunâtres et je dus employer la curette pour l'évacuer. L'examen pratiqué par mon excellent collègue M. Ménétrier ne révéla rien de particulier.

J'aurais voulu vous dire également que cet abcès était bactériologiquement aseptique, comme le cas pour le plus grand nombre d'entre eux.

Cette recherche n'a malheureusement pas été faite.

C'est en vérité une particularité bien curieuse, peut-être unique dans l'histoire des phlegmons, et qui présente le plus grand intérêt pour les chirurgiens.

N'allez cependant pas croire que ces abcès n'ont pas une origine microbienne. Il faut penser avec les bactériologistes ou qu'ils ont disparu à la longue, grâce à la durée du processus, ou qu'ils ne sont pas démontrables par les procédés actuels de la technique ;

4° La symptomatologie de ces abcès mérite également d'attirer votre attention. Chez notre malade, il se révéla tout d'abord par une douleur pongitive survenue à la suite d'une marche forcée et qui reparut depuis, sous forme d'accès tous les 3 ou 4 jours et qui semblait provoquée

Digitized by Google

par la fatigue et la marche. Ce n'est qu'au bout de 2 ans que la tumeur apparut et qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

Je vous ai décrit plus haut les caractères de cette tumeur ; à part le point douloureux à la pression et qui pourrait être considéré comme « le point de côté hépatique » bien médian chez notre malade, il n'existe aucun symptôme qui puisse nous mettre sur la voie du diagnostic. Nous n'avons relevé aucun symptôme gastro-intestinal.

L'examen sous-chloroformé nous a révélé d'autre part, d'une façon bien précise, les rapports de la tuméfaction avec le foie, et sa véritable origine. Je crois que dans tous les cas de ce genre il convient d'y recourir pour arriver rapidement au diagnostic dans les cas où les symptômes gastro-intestinaux viennent à manquer.

Au point de vue du traitement, j'attirerai votre attention sur le mode d'ouverture auquel j'ai eu recours. Bien que dans la plupart des cas le pus soit stérile, je crois qu'exceptionnellement il est sage, quand rien ne presse, et que la cavité est très petite, de faire l'opération en 2 temps pour prévenir toute effusion de liquide dans le péritoine. Vous avez pu voir combien les suites ont été simples chez notre malade. Mais il ne s'agit là, je le répète, que d'un procédé exceptionnel.

Dans le cas de même abcès du foie que vous m'avez vu opérer ces jours-ci j'ai procédé au contraire par le procédé ordinaire en un temps et en luxant pour ainsi dire le foie dans la plaie abdominale. Le résultat a été d'ailleurs excellent.

## CLINIQUE MÉDICALE

*Hôtel-Dieu de Lyon.* — Service de M. le Prof. Renaut

### Remarques cliniques sur un cas de péripleurite

Par MM. J. Mollard et Cl. Bernoud

En 1861, Wunderlich a décrit sous le nom de péripleurite une affection essentiellement caractérisée par l'inflammation du tissu cellulaire sous-séreux de la plèvre costale et des parties molles adjacentes, tandis que la séreuse et sa cavité n'offrent que des troubles secondaires.

Il s'agit là d'une affection des plus rares, à étiologie très obscure, à symptomatologie fallacieuse qui la fait presque toujours confondre en clinique avec la pleurésie. Il n'est donc pas sans intérêt d'en publier une observation nouvelle et nous le faisons, soit en raison de la rareté même du fait, soit surtout dans le but de vulgariser la connaissance de cette maladie qui ne donne lieu à des erreurs de diagnostic que parce qu'elle est insuffisamment connue.

Disons tout de suite que nous n'avons pas l'intention de traiter dans tous ses détails la question de la péripleurite. Nous ne sommes pas suffisamment documentés pour cela, et notre observation n'apporte aucune lumière sur des points très importants tels que les rapports de la péripleurite avec la pleurésie, l'existence même d'une péripleurite primitive indépendante de toute lésion antérieure de la séreuse pleurale, la ligne de démarcation à établir entre la péripleurite primitive, si sa réalité est démontrée, et les abcès post-pleurétiques. Ces divers problèmes ne pourront être résolus que par des observations nouvelles dans lesquelles un diagnostic exact, porté de bonne heure, permettra au clinicien de se livrer à une étude analytique minutieuse des symptômes. C'est pourquoi notre effort principal, dans le présent travail, sera d'établir solidement les bases du diagnostic différentiel qui est possible, croyons-nous, dans la très grande majorité des cas, avec les seuls éléments dont l'état actuel de nos connaissances nous permet de disposer.

On trouvera dans le *Traité de l'empyème* de M. le docteur Bouveret, avec un exposé très clair et très complet de la question, toute la bibliographie antérieure à l'année 1888. Depuis lors jusqu'à la date actuelle nos recherches ne nous ont permis de découvrir que deux observations nouvelles : l'une rapportée incidemment dans l'article Pleurodynie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et communiquée à l'auteur de l'article par M. le professeur Lépine ; l'autre due à P. Blaikie Smith, professeur de clinique médicale à l'hôpital royal d'Aberdeen.

Ces deux observations, très comparables l'une à l'autre, sont par contre très différentes de notre observation personnelle, particulièrement au point de vue de l'évolution de la maladie et de son mode de terminaison. Dans les deux premiers cas, comme on le verra, l'affection a présenté des symptômes particuliers qui ont permis aisément de reconnaître son siège extra-pleural, elle a évolué rapidemment vers une suppuration localisée à une ou plusieurs régions limitées de la paroi thoracique ; l'ouverture des abcès a été suivie d'une guérison presque immédiate. Dans notre cas. au contraire, la maladie revêt pendant toute sa durée le masque d'une pleuréste grave ; la suppuration ne se fait jour qu'au bout de deux mois du côté de la paroi thoracique ; malgré une intervention, il est vrai trop tardive et trop discrète, l'issue est fatale.

En nous appuyant sur ces trois faits, nous pouvons donc dire qu'il y a, dans le groupe des inflammations péripleurales primitives, au moins deux variétés très distinctes l'une de l'autre :

(*a*) La forme bénigne avec formation rapide d'un ou de plusieurs abcès sous-cutanés.

(*b*) La forme grave simulant l'empyème.

Nous allons maintenant rapporter les observations et exposer les conséquences qui en découlent au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

A. — *Péripleurite bénigne*

Obs. I. (Extraite de l'article Pleurodynie du *Dict. encyclop. des sciences médicales*, par A. Cénas.) — Chez un malade dont M. le

Digitized by Google

professeur Lépine a bien voulu nous communiquer l'observation, notre savant maître a constaté, par la percussion, une légère submatité latéralement et un peu en arrière et, par l'auscultation, en avant de la ligne axillaire, ainsi que sous le sein, un bruit de taffetas dû à un frottement pleural; la douleur à la pression, absolument nulle au niveau des côtes, était très vive au niveau des espaces intercostaux; la température s'est maintenue pendant trois septénaires à 38 degrés le matin et 39 degrés le soir; il s'est produit peu à peu, au-devant du bord du grand dorsal, de l'empâtement qui s'est accentué progressivement. Vers le 20e jour, la fluctuation étant des plus manifestes, l'abcès a été ouvert et la guérison s'est rapidement faite.

Obs. II. (P. Blaikie-Smith. — Note sur la péripleurite, *in British med. Journal*, 18 février 1893.) — Au mois de juin 1889, un marin entre à l'hôpital d'Aberdeen; on le croyait atteint d'une pleurésie. Il avait reçu un coup très violent dans le côté droit de la poitrine. On avait appliqué des emplâtres sur le thorax, mais la peau était tellement sensible qu'on avait dû cesser. Quand je le vis (6 juin), il se plaignait d'une douleur très vive dans le côté droit et le flanc droit; 24 respirations par minute; toux sèche augmentant la douleur; le malade ne pouvait se coucher que sur le côté gauche. A l'examen, on constatait que la cage thoracique, dans sa moitié droite, en avant, latéralement et en arrière, ainsi que le flanc droit étaient uniformément gonflés et qu'en plusieurs endroits la peau était rouge. Le thorax était très hyperesthésié; les deux côtés de la poitrine respiraient également bien; les espaces intercostaux proéminaient légèrement. A la percussion, matité dans les points gonflés. A l'auscultation, murmure vésiculaire affaibli, grande diminution des vibrations vocales; douleur à la percussion. Augmentation du périmètre du côté droit de deux pouces. Engorgement des ganglions axillaires, qui étaient douloureux et empêchaient les mouvements du bras. Rien au cœur. Pouls = 90 — Température = 101° Fahrenheit. Sommeil troublé par la douleur de côté et parfois délire la nuit. Urines fébriles.

Au bout de deux jours, le gonflement diminua en superficie et se localisa en trois régions : dans le flanc, en avant et en arrière de l'angle de l'omoplate, au niveau de la 12e côte. En ces points, peau rouge, douloureuse, fluctuation obscure. En avant et latéralement, la percussion et l'auscultation donnaient des résultats satisfaisants.

Le jour suivant, il n'y avait aucun doute sur la présence du pus; c'est pourquoi les trois abcès furent incisés. Après la sortie du pus, les symptômes s'amendèrent rapidement, le gonflement et l'œdème disparurent ainsi que la douleur. Les signes physiques redevinrent normaux et bientôt après le malade était guéri.

Il n'est pas besoin de commenter longuement ces deux observations. Dans les deux cas, un examen quelque peu attentif permettait facilement d'éliminer l'hypothèse d'une pleurésie aiguë. Dans la première observation, l'existence de frottements pleuraux indiquait nettement l'absence d'épanchement dans la séreuse; dans la deuxième, les signes de pleurésie étaient bien incomplets, ils se bornaient en somme à l'affaiblissement du murmure vésiculaire et à la diminution des vibrations vocales. Dans l'un et l'autre cas, si un doute avait pu subsister, la formation rapide d'un ou de plusieurs abcès sous-cutanés n'aurait pas tardé à le lever. Dans la pleurésie purulente, comme on le sait, la perforation de l'espace intercostal est tardive; elle ne se montre pas avant le deuxième ou le troisième mois (Bouveret).

Il n'y a donc, dans les cas analogues à ceux que nous venons de rappeler, aucune difficulté sérieuse de diagnostic. Les signes pleuraux sont à peu près nuls; les signes d'inflammation de la paroi elle-même sont au contraire extrêmement nets : hyperesthésie considérable, saillie des espaces intercostaux, rougeur de la peau dès les premiers jours de la maladie, parfois engorgement et douleur à la palpation des ganglions axillaires.

Nous n'insisterons pas davantage. Remarquons seulement qu'il conviendra, en pareil cas, au moment de l'ouverture des abcès, qui devra être faite dès l'apparition de la fluctuation, qu'il conviendra, disons-nous, d'explorer avec un stylet la cavité de l'abcès et de rechercher s'il n'existe aucune lésion osseuse qui aurait été la véritable cause de la formation du pus.

Dans le second groupe de faits, qui comprend la plupart des observations anciennes ainsi que notre observation personnelle, le diagnostic est beaucoup plus difficile.

B. — *Péripleurite grave*

Obs. III (personnelle). — P... Jeannette, âgée de 35 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle des 3es femmes, n° 38, le 10 septembre 1896. (Service de M. le professeur Renaut.)

Le père de cette femme est vivant, sa mère est morte de cause inconnue à l'âge de 42 ans, elle n'a ni frère ni sœur. Pas d'antécédents héréditaires particuliers à relever, notamment pas d'antécédents tuberculeux.

La malade elle-même, jusqu'à son affection actuelle, a joui d'une excellente santé. Fait important à noter, en raison d'une cardiopathie dont elle présente actuellement les signes, elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire, ni de maladie infectieuse grave. Mariée, elle a eu cinq enfants qu'elle a allaités tous jusqu'à l'âge de 22 mois sans aucune difficulté. Les grossesses ont été également tout à fait normales et la malade se levait dès les premiers jours qui suivaient l'accouchement. Ni pendant les périodes de gravidité et d'allaitement, ni en aucun autre temps elle n'a éprouvé le moindre trouble fonctionnel du côté du cœur. Depuis quelques années elle se livrait à un métier très pénible : employée dans une fabrique de pâtes alimentaires, elle faisait de longues heures de travail dans une atmosphère surchauffée. Elle a eu à subir en même temps de vifs chagrins domestiques qui ont abouti à une demande de divorce. Elle a donc été surmenée physiquement et moralement.

Elle est atteinte d'ozène depuis son enfance.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 10 septembre 1896. Elle était alors malade depuis quatre ou cinq jours. Depuis quelque temps déjà elle sentait ses forces décliner, puis elle avait été prise brusquement d'un point de côté très douloureux dans la région thoracique droite, accompagné de frissons, de toux et d'une oppression considérable.

A l'entrée à l'hôpital on constatait des signes d'épanchement à la base droite et en même temps les signes caractéristiques du rétrécissement mitral.

Le 15 septembre, l'épanchement paraissant augmenter et la dyspnée étant très marquée, on songe à faire une thoracentèse. On fait tout d'abord une ponction exploratrice qui est positive

Digitized by Google

et ramène un liquide citrin. Le lendemain on fait une thoracenthèse dans le septième espace intercostal, à l'endroit où a été pratiquée la ponction exploratrice. On ne trouve pas de liquide tout d'abord, puis après quelques tâtonnements on arrive à retirer environ 60 à 80 centimètres cubes d'un liquide citrin, limpide.

Quinze jours plus tard on tente une seconde thoracentèse qui donne le même résultat que la première. On pense alors qu'il s'agit d'une pleurésie cloisonnée.

Pendant tout le mois d'octobre, aucune observation particulière n'est faite sur la malade. Nous ne l'avons observée nous-mêmes qu'à partir du mois de novembre. Les renseignements qui précèdent nous ont été fournis par M. Chapuis, interne du service jusqu'à cette dernière date.

A ce moment on est frappé par l'aspect cachectique de la malade, par sa pâleur légèrement jaunâtre qui fait songer à la possibilité d'une néoplasie latente.

Le 6 novembre, nous nous livrons à un nouvel examen systématique qui nous permet de constater les symptômes suivants :

La malade se plaint d'une oppression considérable, et d'un point de côté droit très douloureux qui n'a jamais cessé depuis le début de la maladie mais qui a notablement augmenté d'intensité depuis quelques jours. Elle a une toux fréquente, pénible, qui trouble son sommeil et qui s'accompagne d'une expectoration abondante muco-purulente. Il n'y a pas eu d'hémoptysie, ni de crachats hémoptoïques. La toux ne provoque pas de vomissements. Il n'y a pas non plus de vomissements dans les intervalles des quintes de toux.

Du côté du poumon droit on trouve en avant sous la clavicule du skodisme et peut-être un peu d'exagération des vibrations thoraciques. A l'auscultation l'inspiration est rude, l'expiration prolongée, on entend des râles sous-crépitants très humides, parfois à timbre métallique. Ces râles ne sont pas fixes et varient notablement entre deux auscultations successives au point de vue de leur siège et de leur abondance. En arrière il existe un léger degré de voussure thoracique. La percussion est douloureuse et ne peut être faite qu'avec ménagement. Elle permet cependant de constater une matité de bois remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. Dans toute cette étendue l'inspiration ne s'étend pas. On perçoit un souffle expiratoire aigre et de l'égophonie absolument typique. Dans la fosse sus-épineuse la respiration est simplement obscure.

Du côté du poumon gauche, en avant expiration prolongée et sibilante, en arrière quelques sibilances aussi et râles d'œdème à la base. Au même niveau un peu d'égophonie.

Le pouls est régulier, mais petit et rapide : 148 à la minute.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal gauche, un peu en dehors du mamelon. La tachycardie considérable ne permet pas de constater nettement les signes du *rétrécissement mitral*. Toutefois il n'existe aucun doute relativement à l'existence de cette cardiopathie, dont les signes pathognomoniques ont été perçus à plusieurs reprises avec la plus entière évidence.

La matité hépatique déborde légèrement les fausses côtes, mais on ne sent pas distinctement à la palpation le bord tranchant du foie.

Rien à noter du côté des autres viscères abdominaux. Pas d'ascite. Pas d'albuminurie. Un peu d'œdème des jambes.

La malade présente une fièvre continue rémittente ne dépassant pas 39°, avec des oscillations d'un degré environ entre le matin et le soir. Elle a des sueurs très abondantes.

L'ensemble de ces symptômes éveillait l'idée de la nature tuberculeuse ou purulente de la pleurésie. Toutefois l'existence d'un rétrécissement mitral chez la malade rendait peu probable la première hypothèse. D'autre part, les signes constatés au sommet droit n'étaient pas caractéristiques d'une lésion pulmonaire tuberculeuse. On ne trouvait pas le schème de Grancher, mais des signes de condensation légère du parenchyme pulmonaire coexistant avec des râles de bronchite qui se retrouvaient dans le poumon du côté opposé. Un examen bactériologique pratiqué le même jour démontra l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Il devenait nécessaire de faire une nouvelle ponction exploratrice. La fièvre rémittente, l'état cachectique de la malade, l'intensité et la persistance de la douleur thoracique rendaient très vraisemblable la transformation purulente de l'épanchement cloisonné ou libre.

9 novembre. — La malade s'étant refusée tout d'abord à subir une nouvelle ponction, celle-ci n'est pratiquée que trois jours plus tard. A ce moment de nouveaux signes sont apparus. On constate de l'œdème de la paroi thoracique droite et des deux membres supérieurs.

On fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, et on retire d'emblée une pleine seringue de *pus phlegmoneux*. On constate en même temps les deux particularités suivantes : la pointe de l'aiguille, qui a été enfoncée profondément et paraît bien avoir pénétré dans une cavité sous-costale, a heurté une surface rugueuse et résistante ; en outre, après qu'on a retiré l'aiguille, quelques gouttes de pus s'écoulent spontanément par l'orifice capillaire de la ponction. Il y a donc du pus dans le tissu cellulaire sous cutané.

Nous portâmes en conséquence le diagnostic suivant confirmé par M. le professeur Renaut : Pleurésie purulente, perforation d'un espace intercostal, abcès sous-cutané. Empyème de nécessité.

La malade est envoyée en chirurgie où elle est opérée le lendemain 10 novembre par M. Jaboulay. La note suivante nous a été remise par M. Planchu, interne du service, au sujet de l'intervention pratiquée :

M. Jaboulay fait une incision de 8 centimètres parallèlement au huitième espace intercostal. Il s'écoule de l'abcès sous-cutané environ un demi-verre de pus. On ne peut découvrir par l'incision la communication avec l'abcès profond. Incision moitié moindre dans le huitième espace. Il s'écoule une très minime quantité de pus. On ne fait pas de drainage, pensant avoir affaire à une pleurésie cloisonnée.

A la suite de l'intervention l'état de la malade ne s'est nullement amélioré, et elle a succombé le 14 novembre avec des symptômes d'asphyxie progressive.

*Autopsie* le 16 novembre, 48 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité thoracique, une certaine quantité de pus s'écoule au moment où on fait la section des côtes à droite. Le pus provient d'une cavité située entre la face interne des côtes et le poumon droit, et qui est prise tout d'abord pour la cavité pleurale elle-même. Mais l'ablation du poumon, qui est difficile, démontre qu'il n'en est rien. La cavité pleurale est, en effet, complètement annulée par une symphyse des deux feuillets de la séreuse. Dans les

Digitized by Google

deux tiers supérieurs, cette symphyse est incomplète et constituée par des adhérences celluleuses lâches qui se laissent parfaitement déchirer et dans les intervalles desquelles la surface de la plèvre viscérale a conservé son aspect normal. Dans le tiers inférieur, au contraire, la symphyse est totale : les deux feuillets sont soudés en une membrane calleuse, épaisse de deux millimètres environ, qu'il est impossible de dissocier et que l'on est obligé de sectionner pour procéder à l'ablation complète du poumon. Celui-ci enlevé, il devient absolument évident que la poche purulente ouverte par la section des côtes n'est pas située dans la plèvre. Elle occupe l'espace compris entre le tiers inférieur environ du poumon droit soudé à la plèvre pariétale décollée des côtes et la partie correspondante de la face interne de la paroi thoracique. Elle s'étend jusqu'au cul-de sac inférieur de la plèvre et renferme à la fois une petite quantité de pus liquide et un énorme caillot fibrino-purulent en forme de gâteau.

Le poumon droit est le siège d'œdème dans les deux lobes supérieurs. Son lobe inférieur est atélectasié. Par la pression, il laisse couler en nappe sur la surface de coupe un liquide purulent, et cette même surface se montre criblée d'une infinité de petites granulations, extrêmement fines, blanc jaunâtre, non énucléables, qui ne sont autre chose que des abcès miliaires.

Les côtes qui contribuent à limiter la cavité purulente présentent sur leur surface interne quelques petites saillies mamelonnées. Le périoste est conservé et se détache facilement. Une coupe longitudinale faite sur une côte montre son intégrité. La collection purulente n'a pas pris son origine dans une lésion inflammatoire primitive des côtes.

Le poumon gauche est aussi adhérent sur une partie de son étendue. Son sommet est enveloppé d'une nappe de pleurésie calleuse. Dans le reste de son étendue, il est recouvert d'adhérences lâches et de pseudo-membranes fibrineuses superficielles et interlobaires de formation récente. A la coupe, il ne présente pas d'autre altération parenchymateuse qu'un certain degré d'œdème.

Le cœur est atteint d'un rétrécissement mitral léger.

L'orifice mitral admet un doigt.

Rien à noter au sujet des autres viscères.

L'examen bactériologique du pus, pratiqué avec une extrême obligeance par M. le docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux, a démontré l'existence de quelques staphylocoques, de quelques courtes chaînettes de streptocoques, de gros bacilles et d'un petit bacille ayant tout à fait l'aspect du colibacille.

Notons que cet examen n'a été fait que 48 heures après la mort, ce qui lui enlève évidemment une partie de sa valeur. Il démontre, en tous cas, l'absence de tout microorganisme spécifique.

En résumé, dans l'observation que nous venons de rapporter, il s'agissait d'un cas de péripleurite simulant presque de tous points l'empyème perforant. L'erreur était presque inévitable, mais elle n'était cependant pas absolument fatale, et une connaissance plus approfondie de la symptomatologie de la péripleurite nous aurait probablement permis d'y échapper.

« La voussure thoracique est plus limitée, et cependant plus prononcée dans la péripleurite que dans l'empyème La perforation de l'espace intercostal est plus précoce ; elle survient le plus souvent avant la fin du premier mois. La tumeur de l'empyème de nécessité ne se montre guère avant le deuxième ou le troisième mois. L'abcès sous-pleural ne produit pas, au même degré que l'abcès pleural, la compression du cœur et du poumon. La fluctuation de l espace intercostal y est plus communément constatée que dans l'épanchement purulent de la plèvre. Cet épanchement offre souvent une certaine mobilité ; le niveau de la matité se déplace suivant que le malade est assis ou couché. La zone de matité de la péripleurite est beaucoup moins mobile, elle est même tout à fait invariable et ne subit en aucune façon l'influence des diverses attitudes du malade.

« Le siège de prédilection de la péripleurite est la paroi latérale du thorax. Elle occupe quelquefois la partie moyenne de cette paroi, de telle façon qu'il existe, au-dessous de la matité, une zone sonore où l'on peut entendre un bruit respiratoire normal. Il est fort rare qu'un empyème enkysté occupe une semblable situation.

« Le pus des épanchements de la plèvre est le plus souvent mélangé d'une certaine proportion de sérosité ; il est plus ou moins fluide, séreux, avec des masses fibrineuses ou purulentes. Le pus de l'abcès sous-pleural, formé dans le tissu cellulaire, est entièrement comparable au pus des suppurations phlegmoneuses ; il est épais, crémeux, bien lié et plus homogène. » (Bouveret.)

Comme il est facile de le constater, la plupart des signes différentiels qui viennent d'être énumérés manquaient dans notre cas.

Nous n'avions pas recherché l'invariabilité de la zone de matité, mais nous étions en présence des signes physiques d'un grand épanchement pleural (matité *tanquam percussi femoris,* souffle et égophonie absolument caractéristiques, etc.). La voussure thoracique n'était pas limitée et, lorsque l'œdème de la paroi apparut, il n'était nullement localisé, mais largement et diffusément étendu dans toute la région thoracique. Cet œdème de la paroi ne se montra qu'au bout de deux mois de maladie, et il était vraisemblablement contemporain de la perforation de l'espace intercostal que rien jusqu'à ce moment ne permettait de supposer. Le foie était légèrement déplacé du côté de l'abdomen. Le siège des signes constatables à l'auscultation et à la percussion ne différait en rien du siège habituel de ceux de l'empyème.

Jusque là donc impossibilité absolue d'éviter l'erreur. Seule, l'hyperesthésie extrême de la paroi thoracique, hyperesthésie qui est bien rarement aussi marquée dans les pleurésies et même dans l'empyème perforant, aurait pu attirer notre attention, bien que le degré d'intensité d'un symptôme ait bien rarement à lui seul une valeur décisive.

Sur ces entrefaites, une ponction exploratrice est faite et donne issue à du pus. C'est là et là seulement que se trouvait la clef du diagnostic. C'était un pus d'abcès chaud du tissu cellulaire, pus jaunâtre, épais, bien lié, homogène. Ces caractères, comme l'a bien montré Bartels, sont bien différents de ceux du pus d'origine pleurale. Cet

Digitized by Google

auteur a même indiqué la densité respective de ces deux variétés de pus. Dans la péripleurite le poids spécifique du pus serait de 1040 ; dans les abcès d'origine pleurale elle oscillerait de 1028 à 1032.

Il s'agit là d'un phénomène d'une importance capitale au point de vue du diagnostic, d'un signe bien positif qui seul était capable de faire découvrir la vérité dans un cas où tous les autres symptômes s'unissaient pour faire croire à un empyème perforant.

Nous avions eu aussi, au moment où nous pratiquions la ponction, la sensation que la pointe de l'aiguille exploratrice venait heurter une surface résistante telle qu'une membrane fibreuse. Mais, le diagnostic porté jusque là ayant été celui de pleurésie probablement multiloculaire, on pouvait avec raison penser que cette membrane fibreuse était constituée par la paroi de l'une des loges pleurales.

L'hyperesthésie excessive de la paroi thoracique, ayant duré sans interruption du début à la fin de la maladie — et surtout le caractère phlegmoneux du pus — tels étaient en résumé, dans notre observation, les deux seuls signes appartenant en propre à la péripleurite. Nous pensons avoir mis suffisamment en évidence leur valeur à l'encontre d'une série d'autres signes, soit négatifs, soit contingents, dont la valeur devient nulle dans les cas difficiles et qu'il est inutile de rappeler ici.

Notre observation soulève, sans fournir aucune donnée pour le résoudre, le problème des rapports entre la péripleurite et la pleurésie. Notre malade a eu évidemment de la pleurésie : les ponctions répétées faites au début de la maladie ont été en partie blanches, en partie positives ; quelques-unes ont permis de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide citrin. A l'autopsie il existait une symphyse pleurale. La pleurésie n'a-t-elle été ici que la conséquence de la péripleurite ? Ou bien l'abcès sous-pleural n'a-t-il été qu'un abcès postpleurétique ? C'est ce que nous ne saurions dire.

Faut-il supposer que l'on a eu affaire en réalité à une pleurésie multiloculaire, et que ce sont les ponctions répétées qui ont été la cause de l'inflammation du tissu cellulaire sous-pleural ? Nous ne le pensons pas. Les ponctions exploratrices et la thorarentèse ont été faites avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, et la péripleurite n'a jamais été signalée jusqu'ici parmi les complications multiples de la thoracentèse.

Nous laisserons en suspens la solution de ces diverses questions, et nous terminerons par quelques considérations relatives au pronostic et au traitement.

Dans ces formes de péripleurite simulant la pleurésie purulente, le pronostic est bien tel qu'il a été indiqué par les auteurs. Il s'agit, sans que l'on s'en explique bien la raison, d'une maladie très grave, qui dans notre cas avait entraîné, au bout de quelques semaines de durée, un état cachectique des plus marqués, et cela en dehors de toute complication. La propagation de la suppuration au parenchyme pulmonaire ne s'est faite évidemment que dans les derniers jours de la vie, et l'autopsie ne nous a montré ni la péricardite, ni la péritonite, ni la néphrite aiguë, ni les abcès pyémiques multiples, disséminés dans les viscères, qui, dans d'autres cas ont contribué pour une large part à la terminaison fatale.

Mais nous ne croyons pas que ce pronostic fût absolument défavorable d'emblée. Si le diagnostic avait été établi plus tôt et plus exactement; si l'intervention chirurgicale avait été, elle aussi, plus hâtive et en même temps plus énergique ; si, en voyant que le pus était mal évacué après l'incision d'un espace intercostal, on s'était livré à une exploration plus attentive; si l'on avait fait une contre-ouverture et drainé le trajet, nous sommes convaincus que la malade aurait été sauvée. Nous sommes donc partisans de l'ouverture large de l'abcès contrairement à Billroth, qui conseille de petites incisions sur les points fluctuants et déclivés de la tumeur thoracique. Ces petites incisions conviennent aux abcès souvent multiples de la forme bénigne, mais elles sont absolument insuffisantes dans les cas de péripleurite large, à évolution lente, et à forme d'empyème.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Traitement opératoire du cancer du rectum.** — C'est un sujet tout d'actualité que traite M. Desforges-Mériel (*th. doct.*, Toulouse, 1897) en décrivant un procédé opératoire qui lui est propre.

Après avoir successivement passé en revue les voies coccygienne, sacrée, parasacrée, vaginale, abdomino-périnéale et abdomino-sacrée, l'auteur conclut qu'il faut revenir à la voie périnéale de Lisfranc, modifiée par les auteurs modernes et par lui-même. Cette méthode est la plus commode, la plus sûre, car elle met toute la lésion à découvert et permet de saisir ses connexions avec les organes voisins.

Au point de vue clinique, l'auteur établit, d'après la division anatomique du rectum, deux catégories dans le cancer rectal : le cancer recto-pelvien, allant de la troisième vertèbre sacrée (limite supérieure du rectum) au releveur de l'anus, et le cancer recto-périnéal allant du releveur à l'orifice anal. Tout cancer situé au-dessus de la troisième vertèbre sacrée sera une tumeur de l'anse oméga et non un cancer du rectum. Le véritable cancer du rectum sera donc traité par la voie sacrée ou le procédé d'extirpation prérectale et suture des deux bouts par une technique spéciale à l'auteur, il est recto-pelvien; et le cancer recto-périnéal sera justiciable de l'amputation du rectum à la Lisfranc, avec en plus la suture du rectum dans le releveur de l'anus (procédé de l'auteur). Aux cancers inopérables conviendra l'anus iliaque définitif (procédé spécial de fixation de l'auteur) suivi du curage et des cautérisations.

Ces procédés d'extirpation ont été expérimentés sur le cadavre et sur le chien; ils ont donné à l'auteur d'excellents résultats fonctionnels.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## OBSTÉTRIQUE

**Du tétanos chez la femme enceinte ou récemment accouchée.** — Le tétanos a été observé pendant la grossesse et après l'expulsion de l'œuf, à terme ou avant terme.

1° *Tétanos pendant la grossesse.* — Très rares, sont les observations de ce genre; cependant Archambaud, dans sa thèse (1896), en cite deux; dans l'une il s'agit d'un tétanos traumatique consécutif à une plaie du pied, dans l'autre, la maladie sembla naître spontanément.

Les deux femmes guérirent, continuèrent leur grossesse et accouchèrent d'enfants vivants et bien portants.

L'influence exercée sur l'utérus gravide par le tétanos peut être double, mécanique et toxique. Lors des accès, la contracture des parois abdominales pousse le fœtus dans l'excavation et l'engage profondément, elle pourrait peut-être déterminer une expulsion précoce, si le muscle utérin s'irritait. Mais l'action du poison tétanique sur les fibres lisses est presque complètement inconnue.

Si l'accouchement se déclarait pendant l'évolution de la maladie, l'expulsion serait-elle facilitée ? Oui, si les parois abdominales étaient seules à se contracturer ; mais le périnée participe à la tension générale des muscles et serait peut-être capable d'arrêter la sortie du fœtus.

Les toxines tétaniques passent dans l'organisme du fœtus, mais avec une lenteur telle qu'il s'y habitue peu à peu et, en un mot, qu'il s'y immunise.

Les expériences de Tizzoni et Cattani démontrent que les femelles pleines, immunisées contre le tétanos, peuvent transmettre à leurs petits un certain degré d'immunité.

D'autre part, Wladimiroff, cité par Archambaud, sur 200 à 250 souris pleines et soumises à l'action de la toxine tétanique, n'a jamais remarqué l'avortement.

Il ne faudrait pas conclure de tout cela que la grossesse atténue le pronostic du tétanos. Mais, chez une femme enceinte et présentant les signes de cette infection, on peut, on doit faire usage du sérum antitétanique.

2° *Tétanos puerpéral.* — Sans être fréquent, le tétanos *post partum* est moins rare que le précédent.

Voici un fait que nous avons eu l'occasion de suivre avec le docteur Kuhff.

Mme (V., 4 pare, atteinte d'insuffisance mitrale, accouche spontanément à terme, avec de l'œdème, de la dyspnée en rapport avec son affection cardiaque : elle fait une hémorragie grave de la délivrance et, pour l'arrêter, on met la main dans l'utérus, puis on injecte sous la peau 25 grammes de sérum artificiel.

Les suites de couches furent bonnes et l'état de la malade s'améliorait quand, douze jours après l'accouchement, elle fut prise de trismus, puis, très vite, d'opisthotonos cervical. Je la vois le jour même et la trouve assise sur son lit, soutenue par des oreillers, incapable de desserrer les dents et la tête renversée en arrière ; il y a en outre de la dysphagie pharyngée ; les masséters sont tendus. Le pouls est à 120, la température peu élevée.

L'utérus est encore gros ; et je fais couler du vagin un liquide rouge brique constitué par du sang fétide et altéré. Je fais une injection intra-utérine et le Dr Kuhff injecte, sous la peau de la cuisse gauche, 20 cent. cubes de sérum antitétanique provenant de l'Institut Pasteur. Nouvelle injection de ce sérum le soir.

Dans la nuit qui suivit, on nous appela de nouveau et j'assistai à une violente crise tétanique : douleurs intenses, opisthotonos cervical, puis orthotonos généralisé; le diaphragme se prend : les lèvres bleuissent, la connaissance se perd du fait de l'asphyxie, le pouls rapide d'abord s'affaiblit et disparaît presque ; la mort semble imminente, quand le pouls revient, puis la respiration, puis l'intelligence ; la raideur du tronc disparaît, mais non celle du cou et des mâchoires qui cependant diminue. Pendant la crise, la langue avait été projetée entre les dents et profondément mordue ; j'insinue à grand'peine une cuiller entre les mâchoires. Le pouls est redevenu très rapide, l'articulation est difficile. La mort survient quelques heures après.

Nous avons eu là un type de tétanos puerpéral avec ses allures classiques : un seul point reste obscur dans notre observation, c'est l'étiologie. L'histoire de cette infection est faite grâce aux travaux de Simpson (1854), de Filliol (1869), Hervieux (1874), Lardier (1874), Collongues (1878), Garrigues (1882), Gautier (1889), Vinay (1892), Heyse (1892), Drappier (1896), Hirst (1896) et tout récemment Rubeska (*Arch. f. Gynæk*, 1897) ont publié de nouveaux faits. Rubeska, pour sa part, en a vu 6.

De tous ces exemples, assez nombreux aujourd'hui pour dépasser la centaine (106 cas réunis par Vinay), il résulte que le tétanos puerpéral ou tétanos utérin est identique à la maladie due au bacille de Nicolaïer. C'est une complication rare des suites de couches, survenant à peu près dans les mêmes proportions après l'accouchement ou après l'avortement, apparaissant assez tard (de 6 à 15 jours en moyenne) après l'accouchement, peut-être un peu plus tôt après l'avortement, attaquant de préférence les femmes de la campagne, celles qui travaillent la terre, et dont les maris sont plus ou moins en contact avec les bestiaux (femmes de vétérinaires, de maréchaux-ferrants, etc.).

La porte d'entrée du virus est dans le canal génital. C'est ou la plaie placentaire, ou une solution de continuité du vagin ou du périnée. Roger et Widal ont démontré expérimentalement l'opinion de Simpson qui pensait déjà que le poison spécial produisant le tétanos puerpéral

Digitized by Google

pénétrait par la plaie utérine. La contagion a été également prouvée par les inoculations de Chantemesse et Widal aux animaux. Cliniquement, Rubeska raconte l'histoire de trois femmes prises de tétanos après avoir été accouchées par le même assistant.

Une condition principale pour que le tétanos utérin se développe, c'est que l'endomètre soit atteint simultanément d'une infection quelconque d'une autre nature, telle que celles du streptocoque ou du staphylocoque. Presque constamment, en effet, il existe des lochies fétides, de l'augmentation de volume de l'utérus et, d'une façon générale, les signes de l'infection banale de la matrice. La délivrance artificielle ou l'introduction de la main dans l'utérus débarrassé du délivre, semble être l'intervention la plus capable de produire occasionnellement le tétanos puerpéral. En second lieu et de très près, vient le tamponnement vaginal.

Le trismus chez les accouchées débute sans prodromes et la marche de la maladie est habituellement aiguë. La terminaison fatale est de règle. Quand la guérison survient, c'est dans les formes chroniques, plus rares que les précédentes.

Le diagnostic est aisé ; sans énumérer toutes les maladies qu'on a confondues avec le tétanos, citons seulement l'éclampsie *post partum* dont le tableau clinique lui est plus ou moins comparable.

*Le traitement* est surtout prophylactique. Les moyens curatifs, y compris le sérum antitétanique, semblent jusqu'ici de peu d'efficacité une fois que les contractures ont pris naissance.

Le microbe du tétanos est très résistant, même à l'action du sublimé ; et, quand on a eu à soigner une femme atteinte de cette redoutable affection, il est vraiment difficile de se désinfecter. — L. A. Demelin, *accoucheur des hôpitaux.*

## MÉDECINE

**Délire dans la pneumonie et son traitement.** — Dans le numéro du 18 septembre, notre journal a publié l'article très instructif de notre collaborateur, M. Fiessinger sur « les troubles psychiques dans la convalescence de la pneumonie ». Quatre jours plus tard (*Sem. méd.*, 22 sept.), paraissait une leçon de M. Potain sur « le délire dans la pneumonie ». Il est donc utile d'analyser cette dernière leçon, afin que nos lecteurs aient en mains presque tous les documents cliniques sur ce sujet.

Le délire dans la pneumonie est un phénomène presque banal, puisque Grisolle rapporte l'avoir constaté dans la moitié des cas. Mais son pronostic peut être bénin ou grave, et son traitement est naturellement variable. Voilà deux raisons pour lesquelles il doit être bien connu des praticiens.

1° Ce délire peut être d'origine *méningitique*, et affecter deux formes : délirante et apoplectique (avec perte de connaissance, symptômes d'hémiparésie ou d'hémiplégie complète et terminaison fréquente par le coma dans ce dernier cas). La méningite pneumonique (le plus souvent à pneumocoques, quelquefois à streptocoques ou à staphylocoques) présente tous les caractères d'une inflammation intense avec exsudat fibrineux très épais, elle guérit rarement, mais elle peut guérir. Ici, tous les caractères cliniques d'une méningite avec sa résistance habituelle aux moyens médicamenteux.

2° Le délire est d'origine *hyperthermique*, et l'indication capitale consiste à modérer la fièvre par l'eau froide (lotions, enveloppements, bains). Il s'agit souvent de malades qui ne peuvent contracter une affection fébrile comme une simple amygdalite par exemple, sans faire du délire ; mais, dans ce cas, il faut souvent suspecter l'alcoolisme.

3° Le délire est d'origine *alcoolique* et se présente sous deux formes : délire actif, mais modéré, le plus souvent proportionné à l'intensité du mouvement fébrile ; délire brutal, violent, professionnel, avec hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, tremblement plus ou moins généralisé, véritable *delirium tremens*. Dans ce cas, traitement par l'administration de boissons alcooliques à doses modérées, etc.

4° Le délire est d'origine *urémique* (avec somnolence, prostration, tendance au coma) chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle confirmée ou latente, ou encore chez les adultes lorsque le processus morbide a créé de toutes pièces une néphrite pneumonique. Alors, la médication doit viser la dépuration rénale par le lait, les agents diurétiques, souvent les purgatifs répétés, quelques saignées locales, etc. En résumé, dans ces cas, c'est le traitement de l'urémie qui s'impose.

5° Délire d'origine *adynamique*, surtout vers la fin de la maladie ; il devra être traité par l'alimentation, par des toniques.

6° Enfin, il existe un délire de nature *vésanique* qui, sous l'influence de conditions purement individuelles, se manifeste sous forme de conceptions délirantes systématisées avec hallucinations ; délire triste avec tendance à la mélancolie, craintes d'empoisonnement, refus d'alimentation, etc. C'est ainsi qu'on voit trop hâtivement dirigés vers les asiles d'aliénés, des typhiques ou des pneumoniques affectés de ce délire vésanique qui parfois disparaît assez rapidement ; mais d'autres fois, il est vrai, il peut persister pendant un temps plus ou moins long. Il ne menace pas directement l'existence, mais il compromet d'une façon variable les fonctions intellectuelles. — H. H.

**Dyspnée toxi-alimentaire.** — La dyspnée toxique d'origine alimentaire, ou dyspnée toxi-alimentaire, fut l'objet de nombreux articles dans ce journal. Notre excellent maître, M. Huchard, depuis plus de dix ans, insiste sur sa fréquence dans les cardiopathies artérielles avec ou sans albuminurie, sur l'extrême impor-

Digitized by Google

tance de son diagnostic hâtif, et aussi de son traitement précoce, dont la principale indication est puisée dans une modification radicale du régime alimentaire. Elève de son service à l'hôpital Necker pendant une année, j'ai pu constater très souvent les remarquables résultats d'une médication très simple qui ne manque jamais son effet, et sur son conseil, je vais exposer le résumé de la thèse inaugurale que j'ai écrite sous sa direction (avril 1897).

Cette dyspnée à laquelle notre maître réservait autrefois le nom de « *dyspnée ptomaïnique* », est aujourd'hui désignée par lui sous la dénomination de « *dyspnée toxi-alimentaire* » qui est plus précise, parce qu'elle est plus générale et ne préjuge rien du toxique dyspnéisant.

C'est une dyspnée, particulière qui doit être séparée de l'urémie « *dont le démembrement s'impose* ». Car si dans les deux cas, il y a insuffisance rénale, la *nature des poisons à éliminer diffère*. Dans l'urémie, il y a, ainsi que le dit M. Bouchard, *une intoxicatian complexe*, dans la dyspnée toxi-alimentaire, il y a *intoxication unique*, toujours la même, toujours d'origine alimentaire. Cette conception est démontrée par les bienfaits d'une alimentation spéciale. A ces malades atteints de toxémie alimentaire, prescrivez l'alimentation habituelle, avec de la viande, et la dyspnée apparaîtra sûrement, remplacez cette alimentation par le simple régime lacté, qui introduit dans l'organisme le minimum de toxines alimentaires, et la dyspnée cessera en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Jamais le vieil adage n'a été si vrai : *Naturam morborum ostendunt curationes*. La dyspnée alimentaire est donc presque une dyspnée expérimentale faite sur le malade. On peut la faire naître et cesser à volonté.

C'est au début et comme un des premiers symptômes des cardiopathies artérielles, que se montre la dyspnée toxique. Les reins sont alors à peu près sains, on ne trouve pas en général, à l'autopsie, de lésion organique macroscopique, tout au moins. Dans ces cas, l'imperméabilité rénale vient de l'action des produits toxiques vaso-constricteurs sur les artères du rein. Il n'y a pas insuffisance organique, il n'y a qu'insuffisance fonctionnelle. De sorte que l'introduction dans le tube digestif d'une quantité de toxines trop considérable pour être éliminée par les reins, alors qu'ils sont sains, suffit à faire éclater des accidents analogues à ceux produits par des reins incapables d'éliminer la quantité de poisons normalement introduits dans l'organisme,

Mais, si la dyspnée toxi-alimentaire est différente de la dyspnée urémique par ses lésions, par sa forme clinique, par sa curabilité, elle peut, quand elle n'est pas traitée, conduire à l'urémie. La première se montre au début des cardiopathies artérielles, la seconde à la fin. On pourrait donc, tout au plus, faire de la dyspnée toxi-alimentaire une petite urémie, mais combien différente de la grande.

*Caractères de la dyspnée.* — La dyspnée se montre aux trois périodes de l'artério-sclérose : période préartérielle, cardio-artérielle, mitro-artérielle. Mais, tandis que, dans les deux premières, la dyspnée reste uniquement toxique, à la troisième période, les lésions continuant leur évolution, le malade devint un cardiaque et un urémique, et la dyspnée qui reste en partie toxique, devient en partie mécanique, puisque cardiaque.

Elle se manifeste sous deux formes principales C'est une *dyspnée d'effort* et une *dyspnée nocturne*. La dyspnée d'effort se montre seule au début, mais plus tard elle est dyspnée d'effort et dyspnée nocturne en général. Elle est dyspnée d'effort, car elle se montre pendant le travail, souvent apparaissant d'une façon insidieuse et disparaissant très vite avec la disparition de la cause, plus tard, le moindre effort suffit à provoquer un accès d'oppression, pendant lequel la respiration devient pénible, anxieuse, accompagnée parfois d'une sensation de constriction à la poitrine. Il y a également polypnée (25, 30 respirations par minute), polypnée qui disparaît un peu contre les crises d'oppression, mais pas complètement.

La nuit, la dyspnée revêt un caractère paroxystique qui lui fait donner le nom de « pseudo asthme ». Ces crises, rares au début, puis de plus en plus fréquentes et de plus en plus intenses, s'annoncent par une sensation de constriction thoracique, ou de barre, avec angoisse, celle-ci est quelquefois très forte, chaque inspiration est laborieuse, sifflante. Il y a accélération des mouvements respiratoires. Le malade étouffe, il est pâle. Si l'accès est violent, il peut être au contraire cyanosé, la face turgescente. Cette crise peut ne durer qu'un quart d'heure, une demi-heure ou plusieurs heures. Le paroxysme disparu, l'état dyspnéïque persiste encore quelques temps en décroissant. Quelquefois, il y a rejet peu abondant de mucosités presque comme dans l'asthme essentiel.

Souvent l'oppression est accompagnée de phénomènes angineux plus ou moins accentués. Le malade éprouve alors une sensation de griffe, de déchirure rétro-sternale, avec angoisse plus vive. Ces phénomènes angineux ne sont pas du même ordre, puisque le régime lacté qui fait disparaître la dyspnée ne fait qu'atténuer l'angor (Huchard).

La constatation d'un certain nombre de signes nous permettra de penser à l'origine toxique de la dyspnée. D'abord un signe négatif : c'est l'absence de lésion pulmonaire, car c'est une dyspnée *sine materia*. Quelquefois cependant, on trouve de l'emphysème, un peu de catarrhe bronchique. On peut trouver un épanchement pleural à la base droite surtout. Dans les cas ordinaires on ne constate rien dans les urines ou seulement un peu d'albumine. On peut produire la glycosurie alimentaire, signe d'un mauvais fonctionnement de la cellule hépatique. L'indican existe généralement.

Mais c'est sur l'examen du pouls et du cœur que doit se baser le diagnostic. Le pouls est celui de la néphrite interstitielle d'origine artérielle : fort, quelquefois bondissant, souvent cordé, serré, concentré, *serratus*, comme disait Sénac.

Digitized by Google

Le cœur est gros, hypertrophié, sans souffle ; sauf à la période mitro-artérielle, où le souffle est fonctionnel, dû à la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire. En auscultant l'orifice aortique, on entend un retentissement diastolique, qui indique une augmentation de la tension artérielle de la grande circulation.

Les bruits du cœur sont accélérés, et on entend à la hauteur du ventricule gauche un bruit de galop plus ou moins net, qu'on arrive quelquefois à déceler qu'en faisant courir le malade. En même temps que lui, on peut constater de la tachycardie. La tachycardie et le bruit de galop ont un rapport intime. Car il n'y a pas de bruit de galop sans tachycardie, comme le fait remarquer M. Huchard, au moins dans les cardiopathies artérielles ; mais il peut y avoir tachycardie sans bruit de galop. La tachycardie, en effet, est prémonitoire du bruit de galop, de sorte qu'elle est aussi importante à considérer que ce dernier signe, et qu'en présence d'un dyspnéique, qui a de la tachycardie sans bruit de galop, on peut prédire qu'il apparaîtra dans un avenir plus ou moins rapproché, si la lésion continue à évoluer.

A la période mitro-artérielle ou période terminale, la dyspnée devient en partie mécanique ; mais le malade est un cardiaque et on trouve à l'examen des signes de sa cardiopathie : pouls irrégulier, inégal, quelquefois petit ; souffle ou double souffle aortique, arythmie avec intermittences des bruits du cœur. Il y a également des œdèmes, quelquefois de l'anasarque. Il faudra donc, dans ce cas, soigner le cardiaque ainsi que l'intoxiqué. Dans les deux premières périodes au contraire, comme nous l'avons dit, le traitement consistera uniquement à supprimer l'introduction des poisons alimentaires dans l'organisme.

Ces poisons alimentaires sont nombreux, quoique d'origine unique. Si l'on étudie les travaux de Bouchard, Pouchet, Gautier, Charrin, etc., on voit que les aliments sont toxiques par leur décomposition dans le tube digestif, décomposition qui s'effectue sous l'influence des ferments, des microbes qui s'y trouvent normalement.

Le dédoublement des matières albuminoïdes produit des alcaloïdes dont les uns assez bien connus sont plus ou moins toxiques, et dont d'autres seulement soupçonnés, non encore isolés, sont très toxiques, analogues aux poisons végétaux. Ces poisons se retrouvent normalement dans les urines de personnes saines, d'après les expériences de M. Pouchet, qui les a aussi retirés des extraits de viande putréfiée. Mais il faut noter que la toxicité de ces poisons animaux diminue à mesure qu'avance la putréfaction, de sorte qu'une viande au début de ses phénomènes de décomposition est plus toxique qu'une viande franchement putréfiée ; témoins, certaines peuplades, comme les Chinois, qui se délectent avec des viandes pourries sans inconvénient pour leur santé (Pouchet). A côté de ces poisons d'origine animale, on trouve dans les aliments des sels minéraux, potasse, soude, de l'ammoniaque, des matières extractives, qui jouent un rôle manifeste quoique secondaire par rapport aux alcaloïdes.

L'organisme possède un certain nombre d'organes de défense, dont quelques-uns ne sont que soupçonnés. Les principaux sont le foie, la glande thyroïde, les capsules surrénales, la peau, l'intestin, le rein, les cellules de l'organisme, l'oxygène du sang. A l'état normal, tout ce que laissent passer les organes est éliminé ; mais si ces organes sont insuffisants dans leurs fonctions, s'ils se sclérosent, les déchets de la nutrition resteront alors dans la circulation et des accidents se produiront.

Chez les cardiopathes artériels on trouve toujours des urines hypotoxiques, ce qui indique nettement une insuffisance du rein, on trouve aussi parfois de la glycosurie alimentaire, ce qui atteste une diminution de la fonction glycogénique du foie, laquelle est nécessaire pour sa fonction d'arrêt des poisons.

L'indican que retrouve constamment, peut-être, chez les dyspnéiques par intoxication alimentaire est, d'après Petitpas, un signe précoce d'altération hépatique.

L'oxygène est également, d'après Gautier, un grand destructeur des poisons alimentaires, leur présence dans le sang nécessite donc une destruction plus grande de son oxygène, et une augmentation d'acide carbonique. Cet acide carbonique agit sur le centre respiratoire bulbaire et détermine la dyspnée. De plus, les poisons agissent directement sur les nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux pulmonaires et des bronches. De là hématose insuffisante, et nécessité pour l'organisme d'y suppléer par un plus grand nombre de respirations.

*Le traitement* de cette dyspnée consistera à n'introduire dans l'organisme que le minimum de toxines. Aussi le lait constituera-t-il le traitement de choix. Il réalise l'asepsie intestinale. MM. Gilbert et Dominici ont produit chez le lapin, nourri exclusivement au lait, une asepsie presque absolue du tube digestif. Cette asepsie est due à plusieurs causes. D'abord, le lait est absorbé plus rapidement, et plus complètement que tout autre aliment. Par son eau de formation, il lave le tube digestif, empêchant ainsi la stagnation, si favorable aux cultures microbiennes. Il ne donne pas de matériaux résiduels, pouvant servir de milieu nutritif pour les micro-organismes. Il contient peu de potasse. De plus, par sa fermentation rapide dans l'estomac il produit de l'acide (Richet) qui joue un rôle important dans l'action microbicide du lait, en produisant notamment un milieu peu favorable à la culture des microbes.

Winternitz a démontré que le lait possède une force retardatrice sur la putréfaction des albuminoïdes et la formation des premiers produits intestinaux de décomposition (leucine, tyrosine, chromogène protéïques) et les produits ultérieurs tels que indol, skatol, phénol.

Pendant vingt-quatre heures après l'institution du régime lacté, il se produit une véritable débâcle d'indican par les urines, puis une disparition complète.

La lactose du lait (50 grammes par litre) excite la fonc-

Digitized by Google

tion glycogénique du foie, qui est intimement liée à sa fonction d'arrêt des poisons. Enfin le lait joint à ces avantages multiples celui de ne pas augmenter la tension artérielle.

Pour administrer le lait, il faut en faire prendre au moins trois litres par jour à un homme adulte en donnant toutes les deux heures une tasse de 300 grammes, ou, si le malade le digère mieux, 150 grammes toutes les heures, En un mot, il faut fractionner les doses pour faciliter la digestion. Comme c'est la nuit que l'organisme s'intoxique surtout, il faut faire prendre un litre à un litre et demi de lait le soir et pendant la nuit pour faciliter l'élimination rénale. On peut encore activer la diurèse en prescrivant pendant quatre à cinq jours de 1 gr. 50 à 2 grammes de théobromine (H. Huchard).

Ce régime lacté absolu devra durer une quinzaine de jours, la dyspnée disparaissant ordinairement du troisième au huitième jour, puis on instituera un régime mixte comme il suit : tous les huit jours alterner une période de huit jours de régime lacté, et une période également de huit jours pendant lesquels le malade se nourrira surtout de lait et de laitage, d'œufs, de légumes, peu de poissons et pas de poissons de mer, un peu de viande un ou deux jours avant de reprendre le régime lacté absolu et seulement au repas du matin, jamais à celui du soir. On peut encore instituer deux périodes de régime lacté par mois de cinq jours chacune : du 1er au 5 et du 15 au 20 par exemple. Et le même régime mitigé que plus haut pendant les vingt autres jours.

Ce régime doit être observé rigoureusement pendant des mois, un an et demi à deux ans au moins, souvent il sera nécessaire de le continuer toute l'existence. Grâce à lui, les malades peuvent, dans bien des cas, guérir, tout au moins s'améliorer d'une façon considérable. — Dr Picard.

---

**Excrétion urinaire après les accès palustres.** — Nos investigations poursuivies pendant plusieurs années ont établi l'existence *d'une polyurie insipide, aiguë, consécutive aux accès intermittents, légitimes.* Depuis lors, cette polyurie a été constatée par plusieurs médecins en France et surtout en Italie à la clinique de Baccelli par M. Rem. Picci dont les travaux sur l'excrétion urinaire des malariques méritent une mention spéciale. L'ensemble des recherches de ces divers auteurs a confirmé nos conclusions sur l'existence d'une polyurie aiguë, insipide, fréquente mais non constante, après les accès de fièvres intermittentes, s'élevant de 2 litres 500 à 3 litres 500 ou 4 litres en moyenne mais pouvant atteindre jusqu'à 6 et 8 litres en vingt-quatre heures.

Cette polyurie aiguë présente plusieurs caractères d'un syndrome critique, mais elle se rapproche surtout des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Elle disparaît tantôt assez brusquement et la quantite d'urine éliminée en vingt-quatre heures redevient rapidement normale, tantôt au contraire la courbe de l'excrétion nychtémérale décroît progressivement, parfois même d'une façon très régulière.

La polyurie aiguë malarique diffère de la polyurie chronique des vieux paludéens connue depuis Sydenham. Toutefois on peut admettre que les troubles de la diurèse que laissent les accès malariques, chez certains sujets, peuvent, surtout quand ils se reproduisent, faciliter l'établissement de la polyurie chronique. Un de nos malades que nous avons pu suivre pendant plus de deux mois a réalisé rapidement le tableau du paludisme chronique tel qu'il a été décrit par Kelsch et Kiener. Cet homme quelques jours après la polyurie aiguë consécutive aux accès intermittents a présenté la polyurie chronique insipide du paludisme chronique. Cette constatation concorde avec le résultat des analyses de Kelsch et Kiener. Ces auteurs attribuent l'augmentation d'urée à la destruction des globules sanguins : Hypothèse en partie plausible quoique l'augmentation de l'urée et la destruction des globules paraissent deux termes d'une modification plus générale des mutations nutritives provoquées par l'infec-palustre. Par l'analyse et la comparaison des divers principes excrétés. *durant l'accès*, au *voisinage de l'accès, et pendant la crise*, nous avons cherché à pénétrer la nature de la polyurie que nous avons fait connaître. Les modifications produites sous l'influence de la maladie nous ont paru offrir leur plus grande netteté, dans le paludisme aigu, franc des sujets dans la force de l'âge et dont l'infection malarique est récente ou relativement récente. Dans nos premières recherches, notre attention s'était portée sur les modifications de l'excrétion uréique et chlorurique. Depuis cette époque, nous avons étudié de plus l'excrétion de l'acide phosphorique, de l'acide urique et la toxicité urinaire.

Voici résumés les résultats que nous avons obtenus.

*a*) *Urée.* — La polyurie aiguë ne s'accompagne pas toujours d'une azoturie proportionnelle, mais il existe un certain parallélisme entre les courbes de l'excrétion urinaire et uréique. La polyurie aiguë malarique peut s'accompagner dans certains cas d'une azoturie progressivement plus prononcée qu'au voisinage immédiat de l'accès. On voit alors augmenter simultanément la quantité d'urine et la quantité d'urée excrétées. Nous avons eu l'occasion de constater depuis nos premières publications que l'azoturie proportionnelle est plus fréquente que nous ne l'avions pensé, tout d'abord. Rem Picci, de son côté, a observé le même phénomène à la Clinique médicale de l'Université de Rome. Chez ses malades il a même trouvé ce symptôme d'une façon presque constante. Enfin, dans quelques cas, il peut se produire une vraie débâcle d'urée (44 gr. 56 et même 58 grammes d'urée en vingt-quatre heures) comme nous l'avons signalé alors que le malade n'a pas encore reçu une alimentation très azotée.

*b*) L'excrétion de *l'acide urique*, chez trois malades observés pendant un certain temps après les accès fébriles

Digitized by Google

a été sensiblement augmentée dans les vingt-quatre heures. Proportionnellement l'augmentation de cet élément était bien plus accentuée que celle d'urée.

De plus, la courbe de l'excrétion de l'acide urique et celle de l'excrétion urinaire affectent un parallélisme plus régulier que celui des courbes de l'excrétion uréique et urinaire. Le graphique fourni par un de nos malades frappé à nouveau de plusieurs accès (type tierce), tant qu'il était en convalescence déjà depuis quelque temps, permet de saisir d'un coup d'œil et l'allure générale du phénomène et le parallélisme que nous venons d'indiquer.

*c*) *L'excrétion de l'acide phosphorique total* diminuée au moment de l'accès, comme Rem Picci l'a déjà signalé, subit pendant les jours suivants une augmentation parfois très sensible.

*d*) Nos dernières recherches sur *l'élimination des chlorures* confirment et complètent ce que nous avions déjà constaté à ce sujet. Diminuée, ordinairement mais non toujours, au moment des paroxysmes fébriles, l'excrétion chlorurique se relève assez rapidement après l'accès. Pendant la polyurie, elle peut atteindre des chiffres très élevés (30 à 40 grammes et même le chiffre colossal de 65 grammes en vingt-quatre heures).

Les chlorures sont l'élément, dont l'excrétion subit habituellement la plus grande augmentation au moment de la polyurie. L'alimentation peut favoriser cette augmentation comme nous sommes parvenu à en avoir la preuve expérimentale dans une de nos dernières observations, mais l'influence du régime alimentaire quoique sensible et très réelle est insuffisante pour expliquer cette hyperchlorurie, qui peut d'ailleurs se produire indépendemment de l'alimentation.

*e*) *Toxicité urinaire.* — Nos recherches sur ce point ne nous ont pas donné des résultats absolument concordants. Comme Brousse, Roque, Lemoine nous avons trouvé parfois la toxicité urinaire augmentée et cette augmentation a pu coïncider avec la polyurie. D'autres fois, les résultats ont été moins nets, parfois même le coefficient urotoxique a été inférieur à la normale. La raison de cette discordance paraît tenir à deux causes : 1° la différence de résistance individuelle à l'intoxication présentée par les divers animaux sur lesquels on expérimente (1) ; 2° différence dans la proportion des divers éléments toxiques contenus dans les urines suivant les sujets. Nous n'appréciions que la toxicité totale, *in globo* de tous ces éléments toxiques, mais ainsi que l'a fait remarquer M. le prof. Bouchard, leur individualité physiologique se révèle par la façon dont ils agissent sur les divers appareils de l'organisme intoxiqué (pupille, glandes salivaires, rein, système nerveux.

Nous avons observé plusieurs fois au cours de ces recherches expérimentales que les animaux qui urinent fréquemment pendant que l'on pratique l'injection intraveineuse (toutes les conditions de l'injection restant sensiblement les mêmes température, vitesse, etc.), peuvent recevoir impunément dans les vaisseaux une quantité d'urine beaucoup plus considérable que ceux chez lesquels cette diurèse protectrice ne se produit pas.

Ainsi nous paraît se trouver confirmée l'opinion que nous émettions il y a quelques années déjà ; que si la polyurie aiguë malarique dont nous avons fait connaître l'existence présente plusieurs caractères d'un syndrome critique dans bien des cas, sa nature la rapproche des polyuries aiguës observées au début de la convalescence des maladies infectieuses. Méritant bien nettement dans quelques cas le nom d'*éliminative* proposée par *Rem Picci*, elle paraît, dans d'autres, n'entraîner au dehors ni excès de déchets organiques, ni forte proportion d'éléments toxiques, éliminés parfois avant que la polyurie se produise. — A. Mossé, *professeur de clinique à l'Université de Toulouse.*

(1) Avec une même urine injectée dans les mêmes conditions et presque au même moment à deux lapins que l'on nous assurait être de la même portée, nous avons constaté une différence de 1/4 environ dans les chiffres obtenus comme coefficient urotoxique. MM. Bouchard et Charrin ont d'ailleurs fait mention de cette variabilité du réactif vivant.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement opératoire des tumeurs intra-crâniennes.**— Il est incontestable, qu'en chirurgie cérébrale, la grosse difficulté ne réside plus aujourd'hui que dans l'insuffisance des moyens de diagnostic, qui déterminent mal les indications opératoires. Cependant, l'innocuité de la trépanation en elle-même, son efficacité de plus en plus fréquente, le progrès réel qu'a engendré l'ouverture possible d'une large brèche crânienne sont autant de circonstances qui permettent d'éviter les lenteurs d'un diagnostic hésitant et d'intervenir rapidement et utilement. C'est ainsi que Keen a consacré à cette question (*Medical Chronicle* 1897) un article des plus intéressants, et dont quelques points particuliers, méritent, en raison du nom et de l'autorité de leur auteur, d'être mis en relief.

L'*ouverture du crâne* peut être pratiquée de plusieurs façons : 1° Doyen pensant que « la localisation cérébrale est inutile en chirurgie et n'a qu'un intérêt physiologique », a recours à son procédé d'hémicrâniectomie temporaire. Il avait en mars 1896 opéré, par cette voie, 4 malades ; 2 moururent, et 2 guérirent, l'un définitivement, l'autre ne retira qu'un bénéfice temporaire de son opération. Hâtons-nous de dire que Keen ne connaissait que les premières observations de Doyen, dont la statistique, portant aujourd'hui sur 38 opérés, s'est considérablement améliorée. (Voir Thèse de Marcotte, Paris 1896). — 2° L'ouverture du crâne peut être faite encore à l'aide de la trépanation, avec un ou plusieurs orifices, pouvant être agrandis, si cela est nécessaire, par des pinces coupantes.

Digitized by Google

— 3° A l'aide de scies droites. Horsley est revenu à l'usage des scies ; tantôt il sectionne complètement les trois côtés d'un carré, et fracture le quatrième, tantôt il scie le quatrième, si le lambeau osseux doit être définitivement enlevé. — 4° Krause a recours aux scies circulaires, analogues à celles dont se servent les dentistes. — 5° Hartley (de New-York) et Pyle (de Canton) emploient le ciseau. — 6° Cryer (de Philadelphie) fait usage de mèches, utiles et efficaces à la vérité, mais nécessitant une instrumentation compliquée et dispendieuse.

Toutes ces méthodes demandent un temps de 15 à 20 minutes environ, pendant lequel un écoulement sanguin, parfois considérable, peut venir à la fois du cuir chevelu et de l'os.

L'opération peut être faite en un seul temps, si l'on suppose que la tumeur soit petite et son ablation facile. Dans le cas de grosses tumeurs, Keen pense qu'il faut agir en deux temps, le second étant entrepris au bout de 3 à 6 jours. De cette façon on évite les deux principaux dangers, le schock et l'hémorragie, mais on accroît les risques d'infection.

L'*hémorragie* peut venir du diploé, des vaisseaux de la dure-mère, des vaisseaux (surtout des veines) du cerveau lui-même, et des sinus veineux. Le sang du diploé est facilement arrêté à l'aide de la cire antiseptique de Horsley. Les vaisseaux des méninges peuvent être liés, et cela même avant leur section, en passant au-dessous d'eux une petite aiguille d'Hagedorn. Les sinus veineux sont susceptibles quelquefois d'être liés, ou forcipressurés, en laissant les pinces en place pendant trois jours ; enfin le sinus peut être bourré de gaze iodoformée. Les os qui recouvrent les sinus superficiels seront enlevés sans danger, à condition de les séparer doucement du crâne et de la dure-mère à l'aide de la petite spatule de Horsley. On doit toujours se rappeler que la perte de sang des veines cérébrales est toujours plus dangereuse que la perte d'une quantité égale de sang des autres veines du corps. Quant au sang venant du tissu cérébral, on l'évitera sans peine en soulevant la pie-mère et en travaillant au-dessous d'elle.

L'*ablation de la tumeur* peut être faite soit avec les doigts, si elle est bien encapsulée, soit au bistouri ; la curette est quelquefois nécessaire. Alors même que la tumeur est trop grosse pour pouvoir être entièrement enlevée, on note une amélioration notable de la céphalée et des autres symptômes, à la suite d'une ablation partielle : c'est ainsi que, dans un des cas d'Horsley, l'ablation de l'os qui recouvrait la tumeur, sans qu'on ait touché à la tumeur elle-même, amena une considérable amélioration. Lorsqu'il est nécessaire d'enlever une portion de la dure-mère, Keen propose de fermer l'ouverture à l'aide d'un lambeau de péricrâne, maintenu en place à l'aide de quelques sutures interrompues. Il retourne le péricrâne de façon que la surface ostéogénique soit en dehors.

Le *drainage* n'est généralement pas utile, à moins qu'il ne s'agisse d'abcès, de plaies par armes à feu, d'hémorragies intracrâniennes et de kystes. Occasionnellement, en raison de l'hémorragie, il est bon de laisser sortir de la plaie un peu de gaze iodoformée pour empêcher les liquides accumulés au-dessous du cuir chevelu de le faire bomber au bout de peu de jours.

La *fermeture du crâne* se fera en remettant en place l'os, soit divisé en petits morceaux, comme le recommande Mac-Ewen, soit en totalité. Keen a, dans 15 cas, replacé un bouton d'os de 3 centimètres de diamètre sans qu'il ait perdu de sa vitalité. Il suffit de le maintenir pendant l'opération dans une solution antiseptique de sublimé à 1 ou 2 p. 100 par exemple, à une température de 105° à 110° Farenheit. Si l'ouverture ne peut être fermée par l'os, le malade devra porter dans la suite une calotte crânienne protectrice. Pour fermer tardivement cette ouverture, Kœnig a proposé l'opération suivante : la cicatrice ayant été disséquée assez loin, on trace un lambeau adjacent, de forme et de dimension un peu plus grandes que l'ouverture. Le lambeau est soulevé en même temps que la table externe de l'os et amené par glissement dans l'ouverture osseuse. La partie dénudée est couverte de greffes de Thiersch. Keen a, dans un cas, fermé un large orifice en enlevant à la gouge et au maillet des pièces de la table externe environnante et en les éparpillant à la surface ; le résultat fut satisfaisant ; d'autres chirurgiens se sont servis de plaques de celluloïde.

Les *résultats* des opérations pour tumeurs cérébrales sont, d'après Keen, encourageants. Le pourcentage des cas dans lesquels les tumeurs n'ont pas été découvertes au moment de l'opération diminue d'année en année. Dans quelques cas où la tumeur n'était pas enlevable, une importante amélioration a été notée (Horsley). Le succès dépend surtout d'une intervention précoce. Quand il s'agit de gommes, Keen n'attend pas plus de 2 à 3 mois, quelquefois pas plus de six semaines, suivant la limite proposée par Horsley. Deux tiers des cas soumis à l'opération guérissent et un nombre considérable de malades ont vécu plusieurs années après l'intervention, pouvant être considérés comme définitivement guéris. — L. Flœrsheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 28 septembre 1897*

M. Hallopeau communique un rapport sur le traitement de la lèpre par les injections hypodermiques de M. Carasquilla.

Les questions de thérapeutique relatives à la lèpre comptent parmi les plus difficiles à élucider. En effet, cette maladie procède par poussées successives auxquelles font suite, spontanément, des périodes souvent très prolongées qui peuvent simuler la guérison. Que l'on vienne à administrer un médicament au cours d'une de ces régressions et l'on pourra croire que la cessation des accidents aigus est due à la thérapeutique. Ce facteur d'erreur est d'autant plus considérable que souvent les poussées aiguës

Digitized by Google

sont suivies d'une période d'amélioration. Une médication réellement curative serait évidemment celle qui agirait en dehors toute régression spontanée. Ces considérations générales indiquées, voyons quelle est la valeur de ce sérum, tant au point de vue de sa préparation qu'au point de vue de ses effets.

M. Carasquilla l'obtient de la manière suivante : il pratique une saignée chez un lépreux, isole le sérum et l'injecte à un cheval. Il fait ainsi plusieurs injections successives à la même bête dont il peut tirer, au bout de quelques jours, un sérum qu'il prétend alors efficace à combattre les accidents de la lèpre. A première vue, il faut observer que ce n'est point ainsi que l'on procède à la préparation des divers sérums immunisateurs. Rien ne prouve que le sang du lépreux soit assimilable à un bouillon de culture contenant le microbe de la lèpre et, par ce fait, que le sang contienne les toxines de ce microbe. De plus, le cheval auquel il injecte ce sérum est réfractaire à la lèpre. Déjà, au point de vue théorique, rien ne paraît légitimer l'action d'un sérum ainsi obtenu. L'observation clinique n'est pas plus concluante.

D'après M. Carasquilla, l'action serait des plus nettes : l'anesthésie disparaît, les tubercules s'aplatissent rapidement. A Saint-Louis, huit malades ont reçu de ce sérum. Six d'entre eux étaient atteints de lèpre tuberculeuse, deux de lèpre anesthésique. Parmi les lépreux du premier groupe les résultats sont nuls — ainsi l'un d'eux a reçu 40 injections et cependant ses tubérosités n'ont en rien diminué, un autre a reçu 20 injections ; à la suite de ces injections il n'en a pas moins eu une poussée de lèpre vers les conjonctives.

Une considération est encore à signaler : ce sérum n'est point aseptique, on y rencontre des microbes de toutes sortes dus à des fautes de préparation. C'est à cela qu'il faut attribuer la réaction locale qu'on observe après l'injection. Cette réaction va quelquefois jusqu'à l'abcès. La fièvre qui se produit aussi sous l'action de cette thérapeutique doit également être imputée à ce manque d'asepsie. L'observation ne permet donc point d'affirmer l'efficacité de ce sérum. — M. M.

## VARIÉTÉS

### Belogolovi, Botkine, Virchow

Sous ce titre, notre cher collègue et ami Laborde publie dans la *Tribune médicale* (22 septembre 1897) un article fort intéressant d'où nous détachons les passages suivants :

« Notre collègue de la grande Presse, *Le Temps*, rendant compte, dans sa Revue de l'étranger, d'un livre curieux et d'un haut intérêt qui vient de paraître en Russie (*Mémoires du docteur Belogolovi*), a cru devoir emprunter et divulguer au public français un passage de ce livre consacré à la formule « la forme prime le droit », cette devise farouche, en 1870, du monde germain tout entier, y compris le monde *savant*.

« Nous ne saurions blâmer notre collègue, le sentiment des convenances étant chose toute personnelle d'appréciation et de conduite et pouvant légitimement céder le pas à des sentiments plus élevés et plus impérieux, le sentiment patriotique, par exemple. C'est ici le cas, et puisque le rideau est tiré, puisque d'ailleurs le livre en question est, d'ores et déjà, aux mains et à la discrétion du public, nous n'hésitons plus à l'ouvrir, à notre tour, à nos lecteurs, ne fût-ce que pour leur édification et pour montrer à quel degré de lyrisme haineux et sauvage peuvent être entraînés, dans l'ivresse de la guerre et de la victoire, les esprits les plus distingués, ceux-là même qui tout en se réjouissant, au fond et avec l'âme du pays, de ses succès, devraient être les premiers à déplorer les horreurs de la guerre, surtout dans ses excès, pour le bien et dans l'intérêt de la civilisation, à laquelle ils travaillent eux-mêmes, de tout leur pouvoir, et parfois de tout leur génie.

« Nous avons hâte de laisser la parole à notre collègue du *Temps*, M. Michel Delines :

« Le docteur Belogolovi. décédé l'année dernière, était une des gloires médicales de la Russie, et ses souvenirs sont doublement précieux ; non seulement parce qu'ils retracent avec fidélité l'état d'esprit de l'Université allemande à cette époque où la France saignait sous la pression féroce du vainqueur grisé par sa victoire, mais parce qu'ils montrent le désenchantement et l'amertume qu'éprouva l'élite de l'Université russe, en assistant à la métamorphose de la fameuse *Gemühldichkeit* en un véritable accès de sauvagerie.

« Quelques jours après Sedan, le docteur Belogolovi et son ami le docteur Botkine, qui devint plus tard le médecin d'Alexandre II, se rencontrèrent à Berlin à leur retour de Suisse. Bien que la population de la ville fût sensiblement diminuée et représentée presque exclusivement par des femmes et des enfants en deuil, les principales rues étaient pleines de visages épanouis ; à chaque pas, les médecins russes rencontraient des manifestations patriotiques célébrant les victoires allemandes devant le palais du roi et le monument de Frédéric le Grand. Les deux amis se trouvant mal à l'aise au milieu de l'enthousiasme provoqué par les sanglants triomphes remportés « sur le peuple français si cher à notre cœur », résolurent de quitter au plus vite la cité berlinoise. Mais, ayant appris que le professeur Virchow était à Berlin, Botkine et Belogolovi, qui avaient l'habitude de venir chaque année à cette époque saluer le maître, décidèrent qu'avant de partir, ils lui rendraient visite au faubourg Moabit, où il dirigeait les baraques d'ambulances établies pour recevoir les blessés ramenés du champ de bataille.

« Les deux Russes trouvèrent le savant occupé à faire la tournée de ses malades. Il accueillit ses visiteurs avec son affabilité accoutumée et se montra surtout empressé auprès du professeur Botkine, avec qui il était plus lié. Il montra aux deux médecins des « cas intéressants », leur communiqua ses nouvelles observations scientifiques et les théories qu'il en tirait ; il leur fit visiter en détail les baraques, ce type d'hôpital étant alors tout nouveau, et les entretint des changements qu'il avait introduits dans le système de ventilation et de chauffage.

« Après avoir passé deux heures auprès des malades, les deux amis russes entrèrent dans le cabinet du professeur, et la conver-

Digitized by Google

sation descendit des hauteurs de la science médicale sur l'actualité brûlante — la guerre !

« Les deux médecins russes savaient d'avance que Virchow devait être très fier des succès prodigieux des armes allemandes et qu'il ne manquerait pas de louer le plan de la campagne et de l'admirer jusque dans ses plus infimes détails, qu'il exalterait la bravoure des officiers, l'endurance des soldats ; ils eussent même été très surpris de voir le savant indifférent à ces faits glorieux pour sa patrie. A quoi ils ne s'attendaient point, c'était à voir Virchow, qui était à leurs yeux non seulement un savant degénie, mais un apôtre d'idées humanitaires dans la politique internationale, « se ruer avec une haine aveugle et implacable sur le malheureux peuple français ».

« Ce fut une surprise pour Botkine, lorsqu'il dit au professeur que, le funeste empire étant par terre, il serait dans l'intérêt de oute l'humanité de mettre fin à la guerre et de rendre la paix à l'Europe, de voir le visage de Virchow, toujours calme et réfléchi, changer subitement et devenir dur et presque féroce :

« — Non, non ! cria violemment le savant allemand, qu'est-ce que vous dites-là ? Nous ne devons pas nous arrêter à mi-chemin. Il faut que nous donnions aux Français une leçon sévère ; il faut affaiblir à jamais cette vile nation, il faut la briser et lui dicter une paix si humiliante qu'elle ne puisse jamais plus lever la tête et prétendre à jouer un rôle en Europe... Les chefs de nos armées ont ce devoir à accomplir, non seulement dans l'intérêt de l'Allemagne, mais de l'Europe entière, pour la délivrer de cette race qui fait sa honte, cette race pourrie jusqu'à la racine des ongles... La France doit payer cher pour Iéna et pour toutes nos anciennes humiliations !... »

« Le savant allemand, habituellement si respectueux pour les opinions d'autrui, cette fois n'admettait pas la réplique et continua longtemps à pérorer sur ce ton.

« Les deux médecins russes jugèrent à propos de prendre au plus vite congé du maître. Botkine, qui avait été très lié avec Virchow, qu'il avait toujours connu bienveillant et humain pour tous, ne revenait pas de la métamorphose que venait de subir son illustre ami. A peine sorti des baraques, il dit tristement au docteur Belogolovi :

« — Si les victoires des Prussiens ont réussi à tourner la tête à un Virchow au point de le priver de son jugement et d'en faire un homme qui ne respire que vengeance et que sang, à quel degré de férocité le commun des Allemands doit-il être tombé ?... Mauvaise affaire... La pauvre France sera saignée à blanc. »

« Et déjà toute la Russie libérale qui, la veille encore, se réjouissait de l'échec que Napoléon avait subi, perdait sa confiance dans le maître d'école allemand et implorait Alexandre II de mettre une digue à la haine barbare des Prussiens... »

« Nous savions bien, nous — ajoute Laborde — que Virchow, le grand Virchow, n'avait pas su résister à cet entraînement qui le rabaissait au niveau des haînes sauvages d'un Duboys-Raymond qui, s'il a eu des imitateurs, n'a pu être surpassé ; nous le savions, et nous le disions tout bas, discrètement, à quelques amis, au Congrès de Rome, alors que Virchow, revenu depuis, à d'autres sentiments, sans doute avec le regret, peut-être le remords d'avoir éprouvé et manifesté les autres, si indignes de lui, était du côté du représentant français contre ses propres compatriotes, pour soutenir au sein du comité d'organisation, la proposition que la Russie fût le siège du prochain Congrès international, celui qui vient de s'y tenir.

« Les précédentes révélations ne sauraient plus laisser le moindre doute à ce sujet ; et si nous en avons pris acte, ce n'est pas, nous le répétons, dans la moindre intention de souvenir haineux ou vindicatif d'autant plus éloigné de nous que nous professons pour le grand savant allemand toute l'admiration et le respect qu'il mérite ; et que, d'un autre côté, nous considérons comme un devoir sacré, dans l'intérêt supérieur du progrès scientifique et civilisateur, d'entretenir et de fortifier, chacun dans son humble sphère, l'ère d'apaisement dans laquelle nous sommes entrés et nous vivons. »

---

J'ajoute, pour ma part, les réflexions suivantes aux paroles si pondérées et si bien pensées de mon ami Laborde :

En 1890 — les lecteurs de ce journal n'ont pas dû l'oublier — j'ai écrit plusieurs articles tendant à démontrer que les médecins français ne devaient pas prendre part au Congrès international de médecine de Berlin, non pas parce que ce congrès avait lieu en Prusse, mais parce que son président, Virchow, avait fait siennes, après la guerre de 1870, les paroles d'un médecin allemand, de Karl Stark : « *L'état mental de la nation française se rapproche en grand de l'idiotie paralytique ou de la folie raisonnante.* » Je disais alors que, pendant les hostilités, alors que les passions sont surexcitées, on peut encore comprendre certaines folies de langage. « Mais — ajoutai-je — quel nom donner à l'acte de ce savant qui déverse l'outrage sur son ennemi à terre ? »

Au Congrès de Berlin, dans un dîner offert par l'ambassadeur de la République française, Virchow a eu un courage qui l'honore, celui de rétracter ses blessantes paroles et sans doute de rétracter *in petto* toutes celles qu'il avait prononcées dans un moment d'effervescence et de sauvagerie chauvines. D'un autre côté, tout dernièrement, l'Académie des sciences de Paris a fait au savant allemand le très grand l'honneur de l'élire membre associé à titre étranger...

Donc, tout est bien qui finit bien. Mais il faut qu'on sache au delà du Rhin, que l'*apaisement n'est pas synonyme d'oubli.* Nous n'oublions pas la violation de la paix par l'incident de Schnœbelé ; nous n'avons pas oublié la falsification d'une dépêche pour déchaîner les horreurs de la guerre, etc. Nous avons été assez souvent victorieux pour avoir le droit de presque oublier une sanglante défaite ; mais les vainqueurs d'un jour, en célébrant à nos portes, depuis plus de vingt-cinq ans, en pleine paix, sous le nom de « *Sedantag* » (ce qui ne s'est *jamais* vu chez un peuple civilisé), une fête de larmes et de sang, se sont chargés eux-mêmes de nous faire souvenir... Enfin, nous n'avons pas oublié ces cris de haine farouche clamés après la victoire par les Dubois-Raymond et autres savants allemands. L'apaisement est notre œuvre, elle est celle d'une nation chevaleresque et généreuse ; par les humiliations subies après la signature de la paix, ils ne nous ont pas permis d'oublier. Un voyage que je viens de faire en Allemagne et dont je parlerai peut-être un jour donne la démonstration de cette réconfortante vérité. — H. Huchard.

---

AVIS. — Voir la « *Correspondance* » sur l'incident Laporte, page CCCXIV du n° de ce jour.

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## Des accidents auxquels peut donner naissance l'emploi des sels de quinine

Par A. Laveran
*Membre de l'Académie de médecine*

La quinine aux doses thérapeutiques habituelles est généralement très bien tolérée.

Les sels de quinine, très irritants quand on les dépose à la surface du derme dénudé ou qu'on les injecte dans le tissu conjonctif, sont heureusement peu irritants pour les muqueuses des voies digestives.

On sait que Broussais regardait le sulfate de quinine comme un irritant très propre à augmenter la gastrite chez les sujets atteints de fièvre et qu'il recommandait de ne prescrire ce médicament qu'après avoir combattu l'inflammation à l'aide des émissions sanguines et des purgatifs.

Sous l'influence de cette doctrine les fièvres continues palustres donnaient lieu à une mortalité considérable ; Maillot eut le grand mérite de montrer que la quinine pouvait et devait être donnée immédiatement, et à fortes doses, dans ces fièvres et cette réforme thérapeutique a eu les plus heureuses conséquences.

Le spectre de la gastrite si souvent évoqué par Broussais s'est évanoui et aucun médecin n'appréhende plus aujourd'hui cette complication quand il prescrit la quinine (1).

Quant aux troubles nerveux provoqués par la quinine ils se bornent, en général, à des bourdonnements d'oreilles accompagnés parfois de vertiges (2).

Il est incontestable cependant que les sels de quinine produisent, dans certains cas, des accidents qu'il importe de bien connaître.

A. *Intoxication par la quinine.* — Les doses toxiques de quinine sont de beaucoup supérieures aux doses thérapeutiques, mais certaines personnes ont une intolérance marquée pour ce médicament.

Trousseau et Pidoux citent les faits suivants :

« Nous avons vu, à l'hôpital de Tours, une jeune religieuse rester folle pendant un jour pour avoir pris, en une dose, 1 gr. 25 de sulfate de quinine.

« Un jour, par notre conseil, un malade prit en une fois 3 grammes de sulfate de quinine, pour se guérir d'un asthme qui revenait tous les jours à une heure fixe. Quatre heures après l'ingestion du médicament, il éprouva des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, des vertiges et d'horribles vomissements ; nous le vîmes sept heures après l'administration de la quinine, il était aveugle et sourd, délirait et ne pouvait marcher, tant étaient grands les vertiges qu'il éprouvait ; à chaque instant il vomissait ; en un mot, il était sous l'influence d'une véritable intoxication. Ces accidents, auxquels d'ailleurs nous n'opposâmes aucune médication active, cédèrent spontanément dans le milieu de la nuit. » (*Traité de thérap.* 8e édit., t. II, p. 487.)

Un homme vigoureux observé par Floyer ne pouvait pas prendre de sulfate de quinine, même à très faible dose (0 gr. 15), sans avoir une violente dyspnée et de l'urticaire (1).

Rizu rapporte qu'une de ses malades, chaque fois qu'elle absorbait du sulfate de quinine, même à très faible dose, éprouvait une congestion de la face, puis un véritable accès d'orthopnée et de l'urticaire (2).

Pispiris, d'Athènes, a publié deux cas d'hémorragie intestinale chez des malades atteints d'anémie paludéenne, à la suite de l'administration du sulfate de quinine (3).

Kobner a vu se produire des accidents graves chez un enfant, à la suite d'une injection hypodermique de 0 gr. 30 de sulfate de quinine : éruption scarlatiniforme, coliques, écoulement sanguinolent par l'anus.

Des doses six fois plus faibles de sulfate de quinine, prises à l'intérieur, donnèrent lieu aux mêmes accidents chez cet enfant (4).

Grooskopff a observé des accidents graves à la suite de l'administration de 2 gr. 50 de sulfate de quinine en une dose (5).

Nous verrons plus loin qu'un grand nombre d'auteurs ont cité des cas d'hémoglobinurie quinique et que, chez certains sujets, il suffit de doses très faibles de quinine pour provoquer cet accident.

Ces faits d'intolérance pour la quinine sont heureusement rares. Je n'ai jamais observé, pour ma part, à la suite de l'administration du sulfate de quinine aux doses de 1 gr. 50 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures que des bourdonnements d'oreilles et une surdité passagère.

Quelques auteurs ont exagéré notablement les propriétés toxiques de la quinine ; aucun médecin ayant exercé dans les pays palustres n'admettra, je pense, que le sulfate de quinine, à la dose de 3 ou 4 grammes puisse déterminer la mort d'un homme adulte (6).

Ces doses ont été bien souvent dépassées dans le traitement des accidents pernicieux et souvent avec succès.

Maillot, dans un cas de fièvre pernicieuse, a administré

(1) Pour éviter la sensation de brûlure de la région épigastrique que quelques personnes éprouvent à la suite de l'ingestion de la quinine, M. le Dr Liégeois recommande de faire prendre la quinine en 2 ou 3 prises à une demi-heure d'intervalle et de l'associer à moitié d'antipyrine (*Journ. des Praticiens*, 16 janvier 1896).

(2) D'après M. le Dr Aubert, on éviterait ces accidents en ajoutant 1/2 milligr. de sulfate d'atropine à chaque dose de quinine. (*Lyon méd.*, 3 janv. 1897.)

(1) Floyer, *Brit. med. Journ.*, 1886.

(2) Rizu, *Bullet. de la Soc. des méd. et natur. de Jassy*, 1887.

(3) Pispiris, *Galenos*, Athènes, août 1888.

(4) Kobner, *Bullet. génér. de thérap.*, 1890, p. 506.

(5) Grooskopff, *Therap. Monat.*, oct. 1892.

(6) Bouchardat, *Manuel de matière médicale*, Paris, 1865, 4e édit., t. II, p. 392.

Digitized by Google

9 grammes de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures et a guéri son malade.

Monneret a fait prendre jusqu'à 8 grammes de sulfate de quinine par jour dans des névralgies rebelles (1).

Giacomini a pris sans inconvénient, pendant quarante-sept jours, de 3 à 4 grammes de sulfate de quinine par jour.

Favier a pris également jusqu'à 3 grammes par jour de sulfate de quinine, dans le seul but d'expérimenter l'action de ce sel.

Giacomini donne l'observation d'un homme qui, par erreur, avala en une seule fois 12 grammes de sulfate de quinine ; il y eut des phénomènes d'hyposthénisation du cœur et du système nerveux, mais ces symptômes furent combattus avec succès, à l'aide des excitants.

Guersent a cité le fait d'une dame à laquelle son mari, un médecin monomane, avait fait prendre en quelques jours 41 grammes de sulfate de quinine ; cette dame perdit momentanément la vue, l'ouïe et la parole ; elle se refroidit comme un cadavre, mais tous ces accidents se dissipèrent rapidement.

« Il n'existe, à ma connaissance, dit Briquet, de fait avéré d'intoxication suivie de mort que celui de ce médecin aliéné (dont il est fait mention plus haut), qui, pour se guérir d'une petite fièvre, s'administra lui-même l'énorme dose de 220 grammes de sulfate de quinine en dix à douze jours et qui finit par succomber à la prostration dans laquelle il était tombé. » (*Traité thérap. du quinquina*, p. 585.)

M. le Dr L. Guinon a observé les accidents qui suivent chez un adulte neurasthénique qui avait avalé, d'un seul coup, 8 gr. de sulfate de quinine pour se donner la mort : collapsus profond, insensibilité à toute excitation périphérique, refroidissement des extrémités, frissonnements continus, cyanose des lèvres. Les deux symptômes caractéristiques furent la surdité et la cécité. La surdité fut d'emblée absolue, elle s'atténua en quelques heures et disparut en un jour. La cécité ne parut complète que quelques heures après l'ingestion ; pendant les premières heures, la pupille était encore mobile et paraissait réagir à la lumière ; 7 à 8 h. après l'ingestion, elle était dilatée et inerte ; le malade ne voyait pas une vive lumière. La cécité alla en s'atténuant. La sécrétion urinaire fut supprimée pendant 11 h., elle se rétablit abondante sous l'influence du traitement (injections sous-cutanées d'eau salée lavements froids, ingestion abondante de café). La température resta normale, le pouls fut accéléré, à 120 le premier jour, à 100 le second jour (2).

Le fait suivant démontre que la dose de 12 gr. de sulfate de quinine, prise en une fois, peut entraîner la mort chez l'adulte (3).

(1) Monneret, *Elém. de pathol. méd.*, Paris, 1852, t. III, p. 104.

(2) L. Guinon. Soc. méd. des hôpit., 12 février 1897.

(3) Baills. *Arch. de méd. milit.* 1885, t. VI, p 320. — Voir aussi Rosenbusch, *Wien. med. Presse*, 13 avril 1890, et G. Greswell *The Lancet*, 1er mai 1897.

Deux soldats, voulant se purger, se trompèrent de bouteille et, au lieu de prendre du sulfate de soude, absorbèrent une solution de sulfate de quinine, soit 12 gr. environ de sel pour chacun d'eux.

Une demi-heure après l'absorption du médicament, ces deux hommes furent pris de crampes d'estomac et de vomissements, pâleur de la face, dilatation des pupilles, respiration courte, refroidissement, pouls petit, irrégulier, ralenti, parfois insensible ; bourdonnements d'oreilles ; tendance à la syncope.

Chez l'un des malades, les accidents allèrent en amendant, l'autre succomba dans une syncope.

Ces faits montrent bien que le sulfate de quinine est surtout un poison du cœur ; ce sont les accidents cardiaques qui ont dominé la scène dans les deux cas et qui ont déterminé la mort dans l'un d'eux.

Il est très rare qu'il faille donner plus de 3 gr. de sulfate ou de chlorhydrate de quinine par jour, même dans les accès pernicieux ; les exemples qui précèdent prouvent qu'on peut sans danger dépasser cette dose ; néanmoins, et sauf le cas d'accès pernicieux, on ne prescrira pas, à un malade qui n'a jamais pris de quinine, de dose supérieure à 1 gr. dans les 24 h., à prendre en plusieurs fois.

Il importe que le clinicien soit prévenu que la quinine peut provoquer des symptômes inquiétants, tels que délire, vertiges, ivresse quinique, vomissements, hyposthénisation du système nerveux, afin qu'il ne confonde pas ces symptômes avec ceux de la fièvre, ce qui le conduirait à augmenter encore les doses du fébrifuge.

B. *Hémoglobinurie quinique* (1). — Chez certains malades atteints de paludisme la quinine, administrée même à faible dose, donne lieu à l'hémoglobinurie : les urines deviennent rougeâtres ou noirâtres, elles renferment de l'albumine et de l'hémoglobine, mais on n'y trouve pas de globules sanguins.

Cet accident a été bien étudié et décrit par Tomaselli en Italie et par les médecins grecs : Karamitzas, Theophanidis, Pispiris, Pampoukis, Chomatianos.

Karamitzas cite l'exemple d'un étudiant qui était atteint d'hémoglobinurie dès qu'il prenait du sulfate de quinine même à la dose de 0 gr. 30.

Spyridon Kanellis, Pampoukis et Chomatianos, Pasquale Moscato ont observé des faits semblables.

(1) Tomaselli, *Rivista clinica di Bologna*, 1878, p. 119. — Ughetti, *Lo Sperim.*, 1878 — Karamitzas, *Bu let gén. de thér.*, 30 juillet 1879 — Pampoukis, Etude sur les fièvres palustres de Grèce, Paris, 1888. — Pampoukis et Chomatianos, Rech. clin. et expérim. sur l'hémoglobinurie quinique *Progrès médical*, 1888. — Tomaselli, Sur l'intoxication quinique. *Congrès de la Soc. italienne de méd int.*, Rome, 20 oct 1888. — Spyridon Kanellis, *Arch de méd. nav.*, 1888, p. 476. — Pasquale Moscato, *Gazz degli ospitali*, 1890, nos 17-19. — Hare Vaughan, De la quinine dans l'hématurie malarienne, *Assoc. des méd. américains*, 7e réunion, 1892. — Pasquale Moscato, *Gaz méd Lombarda*, 8 juin 1896 et *Giornale internaz. delle scienze médiche* 31 mars 1897. — Raoul Dumas, *Arch de méd nav.*, avril 1897 — Grocco, Hémoglobinurie quinique chez les malariques, *La Settimana med.*, 2 janv. 1897.

Digitized by Google

La rareté de l'hémoglobinurie quinique montre qu'une prédisposition individuelle est ici nécessaire (1) ; le paludisme joue le rôle de cause adjuvante ; l'hémoglobinurie quinique n'a jamais été signalée chez des malades atteints de fièvre typhoïde ou de rhumatisme articulaire et traités par la quinine.

A la Guadeloupe, Carreau n'a observé l'hémoglobinurie quinique que dans les localités les plus infectées du paludisme (2).

Lépine a observé *in vitro* l'action de la quinine sur le sang du chien, du mouton, du porc, et a constaté que la quinine détruit beaucoup de globules rouges.

Chez l'animal vivant, la conséquence de la destruction globulaire est le passage de l'hémoglobine et de la méthémoglobine dans le plasma, il est rare d'observer l'élimination par les reins (hémoglobinurie).

On peut admettre que la quinine détruit plus facilement les hématies déjà altérées des palustres que les hématies normales, mais cela n'explique pas pourquoi l'hémoglobinurie quinique ne s'observe que chez certains malades, ni pourquoi elle est plus commune dans certains pays que dans d'autres.

Le sulfate de cinchonine ne donne pas lieu, d'après Pampoukis, à l'hémoglobinurie et doit être substitué au sulfate de quinine chez les malades sujets à cet accident.

D'après Tomaselli, la quinine pourrait produire, non seulement l'hémoglobinurie, mais aussi une fièvre ictéro-hématurique facile à confondre avec la fièvre ictéro-hématurique des pays chauds (3).

Les symptômes de la fièvre quinique ictéro-hématurique seraient les suivants :

Trois ou six heures après l'ingestion de la quinine le malade est pris de frisson, avec tremblement généralisé ; la face pâlit et se couvre de sueurs froides ; une douleur gravative se fait sentir dans les lombes, les vomissements bilieux sont incessants.

A ces symptômes qui constituent la première période de l'intoxication, et dont la durée varie d'une à trois heures, succède une élévation considérable de la température qui, dans l'aisselle, peut monter jusqu'à 42° et n'est jamais inférieure à 39°, 5. L'hyperthermie est en proportion de la gravité des accidents. A ce moment surviennent des hématuries abondantes. Les émissions d'urine persistent et sont souvent accompagnées d'évacuations alvines séro-bilieuses et de dyspnée ; toute la surface du corps prend une teinte ictérique.

Dans les cas légers, la dyspnée, la diarrhée et l'ictère peuvent manquer ; mais les vomissements, les douleurs lombaires et l'hématurie sont des phénomènes constants.

(1) Clarac, Deux cas d'hémoglobinurie quinique, *Arch de méd. nav*, avril 1896.

(2) Carreau, *De la méthémoglobinurie quinique*. Pointe-à-Pitre, Guadeloupe, 1891.

(3) *Congrès de la Soc. italienne de médecine interne*, Rome, octobre 1888.

Les urines sanguinolentes contiennent des hématies altérées, des cylindres fibrineux, des cellules épithéliales et du pigment biliaire. On observe tantôt l'hémoglobinurie et tantôt l'hématurie ; la première est plus fréquente.

Au bout de 24 ou 28 heures l'accès se termine par une défervescence rapide, mais la mort peut se produire dans le collapsus (Tomaselli).

L'existence de la fièvre quinique ictéro-hématurique à laquelle on a donné un peu vite le nom de maladie de Tomaselli, n'a jamais été démontrée, je n'en ai observé pour ma part aucun exemple.

Les médecins qui ont étudié la bilieuse hématurique sont d'accord pour dire qu'on ne saurait accuser la quinine de produire cette fièvre.

A la vérité, l'opinion que les accès jaunes (fièvres bilieuses hémoglobinuriques) sont produits par la quinine, est enracinée parmi les créoles de la Réunion, à ce point qu'on a de la peine à faire prendre de la quinine aux malades qui sont atteints de fièvre bilieuse, mais les médecins ont toujours protesté contre ce préjugé.

C. *Eruptions quiniques*. — Les exemples d'exanthèmes développés sous l'influence de la quinine ne sont pas très rares (1).

L'exanthème quinique a tantôt l'aspect de l'urticaire, tantôt celui de la scarlatine et son apparition s'accompagne parfois d'autres troubles morbides comme dans les faits cités plus haut, d'après Floyer, Rizu et Kobner.

Witherspon a observé un exemple remarquable d'érythème scarlatiniforme quinique (2).

Il s'agit d'une dame, âgée d'une quarantaine d'années, qui, 15 minutes environ après l'ingestion d'une dose de quinine, présenta les accidents qui suivent ; prurit intense et sensation de brûlure commençant par les extrémités et se généralisant rapidement à tout le corps, puis rougeur et tuméfaction de la peau ; congestion de la conjonctive avec sécrétion lacrymale profuse, œdème de la face, bruits dans les oreilles, tuméfaction de la langue, rougeur scarlatiniforme du pharynx ; céphalalgie, nausées, vomissements, urines rares et colorées. Au bout de quelques jours, desquamation de la peau en larges lambeaux, comme dans la scarlatine ; desquamation analogue de la bouche, du pharynx et de la langue. La moindre dose de quinine avait toujours provoqué, chez cette dame, des accidents semblables.

(1) Chevallier, Acad. des Sc., oct. 1850 — Bazin, *Affections cutanées artificielles*, 1862, p. 81. — C. David, Erythème quinique. *Bullet. de la Suisse romande*, 1875. — Jeudi de Grissac, Des éruptions quiniques. *Th., Paris*, 1876. — Floyer, Rizu, Kobner, *Op. cit* — Rosenbusch, *Wien. med. Presse*, 13 avril 1890. — Allen, Exanthème quinique. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1894, II. p. 65. — Witherspon, *The Southern Practitionner*. 1894. — Sestini, *Arch, de méd. nav.*, 1895, XII, p. 927. — James C. Johnston, Dermatite bulleuse due à la quinine. *Journ. of cutan. a. genito urinary Diseases*,, juillet 1896,

(2) *The Southern Practitioner*, 1894. Anal. in *Méd. moderne*, 5 sept. 1894.

Digitized by Google

Feulard a cité un cas d'érythème scarlatiniforme d'origine quinique (1) et James Johnston un cas de dermatite bulleuse qui se serait développée, d'après lui, sous la même influence.

Les exanthèmes quiniques, comme l'hémoglobinurie, relèvent évidemment de prédispositions individuelles ; on voit de même que, chez certains individus, les doses les plus faibles d'antipyrine provoquent des éruptions ; les exanthèmes dus à l'antipyrine sont d'ailleurs d'une grande fréquence relativement aux exanthèmes quiniques.

Les ouvriers qui manipulent la poudre de quinquina ou la quinine éprouvent souvent aux mains et aux avant-bras du prurit suivi de rougeur de la peau et d'une éruption lichénoïde ; on observe quelquefois chez eux du gonflement de la face et des parties génitales. Il est à remarquer que ces accidents n'atteignent que *certains* ouvriers, ce qui montre qu'ici encore une prédisposition est nécessaire.

Comme le fait remarquer Jeudi de Grissac (*op. cit.*), l'exanthème qui se produit à la suite de l'administration de la quinine à l'intérieur est probablement causé, comme celui des ouvriers qui manipulent la quinine, par l'action irritante de cet alcaloïde (2) ; une petite quantité de quinine est toujours éliminée par la sueur; il est probable que, chez certains individus, l'élimination par cette voie est beaucoup plus active que chez d'autres.

D. *Troubles de l'ouïe et de la vue. Surdité. Amblyopie.* — Les bourdonnements d'oreilles sont, comme on sait, très communs chez les malades qui prennent de la quinine; ils s'accompagnent quelquefois de vertiges.

Pour expliquer que, chez certains malades, une dose faible de quinine suffise pour provoquer des vertiges, il faut tenir compte de l'état du labyrinthe ; d'après Lermoyez, lorsqu'il existe une lésion de cet organe, la quinine donne lieu très facilement à des accès vertigi eux (3).

On observe souvent de la surdité à un degré plus ou moins prononcé ; il s'agit presque toujours d'un trouble passager qui se dissipe rapidement après qu'on a cessé l'emploi de la quinine.

L'amblyopie quinique est plus rare ; elle est en général légère et bilatérale, contrairement à ce qui arrive pour les troubles oculaires qui relèvent du paludisme (4) ; de plus des troubles de l'ouïe (bourdonnements, surdité) accompagnent les troubles de la vue d'origine quinique et sont d'ordinaire plus marqués que ces derniers. Plusieurs observateurs ont noté de l'ischémie rétinienne chez les malades atteints d'amblyopie quinique.

E. *Propriétés ocytociques de la quinine* (1). — D'après quelques auteurs, il serait dangereux de prescrire de la quinine aux femmes enceintes, surtout dans les trois premiers mois de la grossesse.

Petitjean, Delioux de Savignac, Rayer, Merz en France, Monteverdi en Italie, John Lewis et Warren aux Etats-Unis ont appelé l'attention sur cette propriété de la quinine qui a été contestée par bon nombre d'autres observateurs : Chiara, Bazin, Bertrand, etc.

Le paludisme par lui-même provoque souvent l'avortement ; la plupart des auteurs admettent aujourd'hui qu'une femme enceinte, affectée de paludisme, est plus exposée à avorter si on ne lui donne pas de quinine que si on lui en donne ; on doit craindre en outre de voir la fièvre prendre chez elle le caractère pernicieux.

M. le Dr J.-L. Bérard, qui a eu fréquemment l'occasion d'observer, en Algérie, le paludisme dans le cours de la grossesse, n'a jamais vu survenir de complications à la suite de l'emploi de la quinine ; il résulte des observations qu'il rapporte que la quinine, loin de provoquer l'avortement chez les femmes atteintes de paludisme, peut au contraire l'empêcher.

D'après Duboué, Cordes, Bonfils et Schwab, la quinine n'est pas un agent abortif, mais elle a une action réelle sur le muscle utérin qu'elle excite quand sa contractilité a été déjà mise en jeu.

C'est ainsi que la quinine pourrait rendre des services pendant le travail de l'accouchement, lorsque le travail s'arrête ou languit.

Le sulfate de quinine serait préférable à l'ergot de seigle parce que l'ergot provoque une contraction tétanique de l'utérus, tandis que la quinine ne fait qu'activer les contractions intermittentes physiologiques (Schwab).

On peut donc et l'on doit donner de la quinine aux femmes enceintes qui présentent des accidents de nature palustre, on procédera seulement dans ce cas avec plus de prudence encore que dans les cas ordinaires ; on ne prescrira, surtout au début du traitement, que des doses faibles ou moyennes de quinine, si la vie n'est pas en danger.

(1) Feulard. *Soc. de dermatol.*, 11 février 1897.

(2) D'après Guyochin le sulfate de quinine serait éliminé en partie par la sueur sous forme de sulfate de quinidine. *Th. Paris*, 1872.

(3) Lermoyez, *Soc, méd. des hôpit.*, 12 février 1897.

(4) Knapp, Horner, Congrès d'ophtalm. d'Heidelberg, 1881. — Grunning, Michel, *Arch. f. Augenheil.*, 1881. — Galezowski, Diagnostic et traitement des affections oculaires, 1886. — Browne, *Annales d'oculistique*, 1887, t. XCVIII, p. 47. — Nettleship, Angelucci. *Même journ.*, 1888, t. XCIX, p. 157 et 170. — Tiffany, Atkinson, *Même journ.*, 1890, t. CIII, p. 297 et 298. — Geschwind, *Arch. de méd. milit.*, 1892, t. XIX, p. 43. — L. Raynaud, Troubles oculaires de la malaria, Paris, 1892, p. 86. — Panas, Traité des malad. des yeux, Paris, 1894. — Pische, *Therap. Monat.*, 1894, t. I. — De Scheiwnitz, Les amblyopies toxiques, *The americ. Journ. of the med. Sc.*, 1896.

(1) Chiara. *Annali univ. di medic.*, 1873 — C. Bazin, *Gaz. des hôp.*, 1873. — Plantard, *Th. Paris*, 1874. — Merz, Quinine et grossesse, *Bul. méd. de l'Algérie*. 1er février 1890. — Lasfargues, *Th. Montpellier*, 1891. — Bérard, *Bull méd de l'Algérie*, 1892, p. 211. — A. Ribemont Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, 1893, p. 636. — Schwab, De l'action du sulfate de quinine comme agent accélérateur du travail de l'accouchement. *Médecine moderne*, 9 janvier 1897 et *Soc. obstétricale de France*, avril 1897.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

## Pronostic et traitement des plaies de l'orbite

Par le Dr Albert Terson
*Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu (Paris)*

Les plaies orbitaires sont extrêmement variées et d'un pronostic fort différent suivant leur origine. Leur pronostic immédiat dépend, en général, du siège de la pénétration qui, si elle se fait franchement de bas en haut, peut perforer la voûte orbitaire si mince et intéresser le cerveau, et, si elle se fait d'avant en arrière, peut également pénétrer dans le crâne par la fente sphénoïdale. Il est permis de dire que la pénétration latérale, en avant de la tempe, par exemple, est la moins grave de toutes, au point de vue de la vie bien entendu, comme nous avons pu le voir récemment à l'Hôtel-Dieu pour une jeune malade dont les deux orbites et les fosses nasales ont été traversées par une balle qui s'est arrêtée sous la peau de la paupière supérieure opposée au côté de la pénétration et où nous avons pu l'extraire sans difficulté. Il y a donc avant tout deux éléments à considérer dans le pronostic : le pronostic *visuel* et le pronostic *vital* ; nous allons voir qu'ils sont fréquemment, pour ainsi dire, opposés, et que tel malade restera aveugle, sans avoir eu à redouter de danger pour sa vie, tandis que tel autre succombera rapidement sans avoir eu ses globes oculaires et sa vue intéressés.

Nous examinerons d'abord les cas de *pénétration antéro-postérieure*. Ces cas sont connus de tous temps pour avoir une gravité immédiate considérable. Fabrice d'Acquapendente est tout particulièrement intéressant à citer sur ce sujet. « Ces playes passent quelquefois si avant dans l'orbite de l'œil qu'elles pénètrent jusques au fond, de sorte que l'instrument aigu, passant par cette longue fente qui se voit au profond de l'orbite, se plonge dans la substance du cerveau, d'où il arrive que ceux qui sont blessés de la sorte tombent tout incontinent à terre. Voilà pourquoi aussi les *maîtres d'escrime tiennent celui-ci pour un excellent coup de maître* : entre autres, un certain tireur d'armes françois s'en tenait asseuré, comme d'un coup inévitable. »

Si nous remontons plus haut encore, nous lisons dans Pline le naturaliste qu'un belluaire tua un éléphant d'un seul coup de javelot dans l'orbite, ce qui resta dans les fastes des arènes romaines. N'a-t on pas signalé aussi des infanticides par introduction d'une aiguille dans le cul-de-sac conjonctival, l'orbite et le crâne ?

Ces exemples démontrent que l'orbite a même été *recherché*, comme facile point de mire et véritable tunnel conduisant au cerveau, pour tuer à coup sûr. On trouve dans un grand nombre d'auteurs, de chirurgiens militaires en particulier, des cas analogues, tous sont à peu près la répétition les uns des autres, et tous ont la même gravité. En plus des instruments de guerre ou d'escrime (épée, fleuret cassé, lance, flèche), nombre d'autres lésions pénétrantes et mortelles ont été causées par des instruments ou des objets qu'on ne s'attendait pas toujours à trouver en pareille occurrrence. De profondes plaies pénétrantes par tuyau de pipe ont été signalées maintes fois. Les coups de fourche, les coups de crayon, les coups de bâton pointu, les coups de corne d'animal ont également été notés. Le parapluie a été souvent incriminé et on ne compte plus les cas de mort rapide qu'il a entraînés par pénétration dans le crâne ; on en trouve de nombreux cas dans Mackensie, dans les journaux médicaux et autant dans les annales judiciaires. La mort survient le plus fréquemment par pénétration directe dans le crâne. Mackensie et d'autres auteurs ont insisté sur ce fait que fréquemment le blessé ne perd même pas connaissance, fait quelquefois plusieurs kilomètres à pied avant l'accident, avant de tomber mort presque subitement, ou n'est pris que plusieurs jours après d'accidents phlegmoneux, méningitiques ou tétaniques, rapidement mortels, qui, d'autres fois, ne surviennent pas malgré une perte de substance cérébrale. La porte d'entrée est du reste quelquefois si petite que ni le blessé ni l'entourage, surtout dans une rixe, ne se rendent compte de la profondeur de la pénétration. Il ne faut du reste pas croire que les blessés succombent toujours : quelques-uns guérissent, après l'extraction, souvent pénible (flèches barbelées), de l'arme solidement implantée dans l'orbite. Albucasis en cite déjà des cas, ainsi qu'A. Paré. D'autres ne conservent que des lésions purement locales, telles que rupture et détachement d'un muscle de l'œil, avec strabisme paralytique consécutif, atrophie du nerf optique par section ou violente attrition. Il y a fréquemment aussi des fractures des parois orbitaires, avec emphysème orbitaire par fracture de la paroi nasale. Il ne faut pas oublier que le cathétérisme lacrymal avec fausse route, suivi ou non d'injection lacrymale, a été plusieurs fois signalé comme cause de phlegmon de l'orbite ou de phlébite orbitaire avec méningite.

Enfin on connaît le cas célèbre de Nélaton où le fragment de parapluie rompit la carotide dans le sinus caverneux.

Les lésions du globe sont variables, mais sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'imaginerait. Le globe se laisse refouler par l'instrument pénétrant qui passe alors entre lui et la paroi osseuse, dans les parties molles. Nous avons vu un coup de corne de vache détruire entièrement le muscle droit interne, cependant étroitement uni au globe, sans déterminer la plus légère lésion de l'œil lui-même et de la vision. Exceptionnellement, mais il s'agit surtout alors de pénétration latérale et de volumineux corps étrangers, le globe peut être luxé et en paraphimosis entre les paupières. On trouve aussi quelquefois d'assez graves lésions du globe : hémorragies intra-oculaires, décollements rétiniens, luxation du cristallin,

Digitized by Google

rupture de l'œil et luxation cristallinienne sous-conjonctivale. Mais nous insistons sur ce fait que dans les pénétrations antéro-postérieures, si graves pour la vie, le globe de l'œil est généralement conservé et la vision peut même rester intacte.

Dans ces mêmes pénétrations antéro-postérieures, le corps étranger peut se briser, et rester dans la plaie, ou bien il s'agit d'un projectile.

Le fragment de tuyau de pipe et le bout de parapluie ont été l'objet de relations nombreuses et célèbres (Crampton, White, Nélaton et bien d'autres) : les bouts de flèche, les aiguilles, les grains de plomb, les balles, voire même les manches d'éventail, des forets, des limes, des éclats de verre, des fragments de bois de plusieurs centimètres peuvent même persister dans l'orbite un temps, tantôt très court, tantôt de quelques semaines, tantôt de plusieurs années (30 ans même). Ils peuvent s'enkyster définitivement, attirer plus tard les microbes de la suppuration et donner des phlegmons : ils ont fréquemment de la tendance à l'expulsion naturelle et progressive, tantôt venant saillir sous la peau ou la conjonctive, tantôt, s'évadant par les os, les fosses nasales, le sinus maxillaire et la bouche, tout comme voyageaient les fameuses canules de Dupuytren. Le malade crache un jour la balle ou le fragment métallique. On multiplierait à l'infini les exemples de ce genre.

Quand la pénétration a lieu *latéralement*, elle est beaucoup moins grave pour la vie et généralement très grave pour la vision. Il existe un très grand nombre de cas publiés où d'énormes entailles par coup de sabre, de hallebarde, d'épée à deux mains, ont littéralement défoncé le nez et les orbites, avec destruction des globes; les malades ont survécu.

Nous avons soigné, il y a 3 ans, un jeune homme qui avait appuyé le canon de son revolver de haut en bas contre la bosse sourcilière, au niveau du sinus frontal, la balle avait traversé le sinus et était allé se loger derrière l'œil, qui avait éclaté et était entièrement vidé. Ce malade perdit pendant plus de 15 jours, par la narine correspondante et par l'infundibulum du sinus frontal correspondant, la valeur d'un demi verre par jour de liquide céphalo-rachidien : cet écoulement s'arrêta complètement et brusquement après ce laps de temps. Le malade n'eut jamais le plus léger symptôme fébrile ou d'état général grave. Dans le cas où le sujet applique son revolver trop en avant de la tempe, il y a souvent perforation de l'œil du même côté, puis pénétration dans l'orbite opposée avec paralysie totale des muscles de l'œil et section ou affection du nerf optique, avec cécité uni ou bilatérale. Assez fréquemment, c'est une esquille détachée par la balle, qui vient compléter son action nocive.

Le corps étranger se trouve quelquefois à la base du cerveau et s'y enkyste, le plus souvent il défonce l'ethmoïde et s'y creuse une cavité : d'autres fois, il reste inclus dans le sinus frontal, le sinus maxillaire ou les os.

L'état visuel et ophtalmoscopique sera vérifié le plus tôt possible. Il est à peine besoin d'ajouter que pour les projectiles, les trajets les plus capricieux peuvent faire varier ces données générales, et, d'autre part, l'*état de septicité* (toujours moins grand pour les projectiles surchauffés et plus grand pour les objets ayant touché la terre, tels que parapluie, fourche) modifie d'une façon impossible à prévoir le plus ou moins de gravité du mode de pénétration, tandis que les plaies opératoires aseptiques guérissent généralement bien.

Il faudra donc toujours attendre avant de formuler un pronostic quelconque, quel que soit l'état quelquefois excellent du blessé pendant les premiere jours, ou au contraire son état général ou local. On examinera avec le plus grand soin l'état cérébral, vu la possibilité d'accidents ostéitiques et méningitiques quelquefois très tardifs.

La persistance d'un corps étranger ne modifie pas toujours ce pronostic et ne l'éclaire guère, puisqu'on ne compte plus les cas où les sujets ont pu pendant des semaines, des mois et des années conserver de volumineux corps étrangers, sans succomber.

Au point de vue thérapeutique, l'expectation pendant les premiers jours sera toujours recommandable et préférable à la recherche d'un projectile au milieu de tissus extraordinairement œdématiés. On obturera donc, avec un fragment de gaze iodoformée et du collodion, la porte d'entrée soigneusement désinfectée, et on attendra. Si l'œil était luxé hors des paupières, on le réduira, et on le fixera dans sa nouvelle position par deux ou trois points de tarsorrhaphie médiane, s'il n'est pas largement perforé, auquel cas on se contenterait, après réduction, d'onctions iodoformées et d'un pansement compressif. On a pu voir exceptionnellement l'œil arraché, par la chute sur une clef, par exemple. Plus tard, on pourra dans quelques cas sonder la plaie avec un stylet flambé, si elle ne paraît pas trop profonde et si on suppose que le corps étranger est resté dans l'orbite, à peu de distance du point d'entrée, mais on s'en abstiendra rigoureusement dans tout autre cas. On pourra quelquefois employer l'explorateur électrique Trouvé, comme nous l'avons fait une fois en 1893.

Si une fistule purulente persiste, on est absolument autorisé à faire l'exploration avec un stylet flambé qui amènera souvent sur une esquille détachée ou sur un volumineux corps étranger. Nous avons assisté récemment notre maître le Pr Panas, dans une opération où il retira un bout de piquet de plusieurs centimètres de longueur, et de tels cas ne sont pas rares. L'extraction se fera avec une pince érigne forte, du genre des pinces de Museux, avec une pince longue de Lister ou avec une pince hémostatique, suivant les cas.

Quelquefois on a pu trouver le projectile dans la glande lacrymale (Larrey).

Les rayons de Rœntgen ont été déjà utilisés pour déterminer le siège des balles et des corps étrangers de l'orbite, malgré l'opacité des os. M. Valude mentionne brièvement,

Digitized by Google

dans un article récent, qu'à l'aide des rayons de Rœntgen, il a observé une balle de revolver située aux environs du trou optique.

Les expériences si intéressantes de MM. Reynier et Glover permettent de penser à cette ressource dans les cas où la ucune autre indication ne peut être tirée de l'examen précis du malade : cette recherche a quelquefois pour conséquence des troubles trophiques (chute des cheveux et des poils sur une vaste étendue, etc.). Les fragments d'os déplacés seront soigneusement replacés et peuvent reprendre (Jobert).

L'œil, même lésé, devra être respecté, à moins de phlegmon; toute tentative d'extraction de corps étranger de l'orbite ne pourra être précédé d'énucléation que si l'œil est phlegmoneux ou entièrement vidé, contrairement à ce qu'on a souvent avancé trop radicalement; la désinsertion momentanée de l'œil est aussi fort peu recommandable et l'opération de Krœnlein inutile en général.

Dans quelques cas, en présence d'un cal vicieux, d'éctropion nécessitant une blépharoplastie de symblépharon, on sera obligé, avant d'en venir à la restauration des paupières, de mobiliser le plan osseux et de le fixer en bonne place avec des crochets métalliques, ou des chevilles d'ivoire (Gayet). On pourrait penser à l'implantation d'os décalcifiés, dont nous avons vu de beaux succès dans le service de notre maître, le professeur Le Dentu, pour *la chirurgie des membres*, mais on peut se demander si la présence du sinus maxillaire et du sinus frontal ne crée pas, dans la plupart des cas, des chances d'insuccès ou de non consolidation.

On se méfiera d'une intervention imprudente, dangereuse pour l'intégrité du nerf optique et des muscles et nerfs oculaires, lorsque quelques petits corps étrangers (éclats de verre, grains de plombs) sont bien tolérés. Enfin, on pensera toujours, en présence d'une infection orbitaire survenant plusieurs années après un traumatisme orbitaire ou périorbitaire, à la possibilité d'un corps étranger intaorbitaire, vu les très nombreux cas où la pénétration était complètement ignorée du malade.

Il faut enfin savoir que, dans de nombreux cas, le nerf optique peut s'atrophier, sans avoir été directement atteint, à la suite d'une fracture prolongée dans le canal optique où il est enserré.

# PHARMACOLOGIE

## Peut-on prescrire les préparations galéniques de Jaborandi ?

Par A. Brissemoret
*Chef de laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine*

On sait depuis longtemps, que les feuilles du vrai Jaborandi, *Pilocarpus pennatifolius*, doivent leurs propriétés sialagogues et diaphorétiques à la présence d'un alcaloïde, la pilocarpine, dont elles renferment environ 3 gr. 83 0/00. On utilise parfois ces feuilles en infusion, en sirop, en extrait ou en teinture alcoolique : la formule de ces diverses préparations galéniques est inscrite au Codex.

1° *Tisane de Jaborandi* :

| | |
|---|---|
| Feuilles sèches de Jaborandi.. | 10 grammes |
| Eau distillée bouillante..... | 1000 — |

Faites infuser 1/2 heure; filtrez.

100 grammes de cette préparation correspondent à 0,0038 de pilocarpine.

2° *Sirop de Jaborandi* :

On l'obtient en faisant dissoudre à chaud 180 gr. de sucre dans 100 gr. d'infusion (à 1/15) de feuilles.

20 gr. de ce sirop correspondent à 0,47° de feuilles.

3° *Teinture de Jaborandi* à 1/5 :

1 gramme, soit 53 gouttes de cette préparation, correspond à environ 0,0007 de pilocarpine.

4° *Extrait alcoolique de Jaborandi* :

1 gr. d'extrait correspond à 5 gr. de feuilles et à 0,019 de pilocarpine.

Quelle est la valeur de ces diverses préparations ? On leur a fait le reproche, reproche adressé surtout à l'infusion de Jaborandi, de donner lieu très fréquemment à des nausées, à des vomissements, à un sentiment d'extrême faiblesse, phénomènes qu'on a attribués à la présence dans les feuilles d'une essence dont elles renferment de 4 à 5-1000 et qui se rapproche par sa constitution chimique de l'essence de térébenthine.

Nous n'avons pas à insister ici sur le rôle prêté à cette essence; nous nous bornerons à faire remarquer que la quantité que peuvent en renfermer les préparations aqueuses et même l'extrait alcoolique de Jaborandi doit être minime, ce qui tient, d'une part, à la très faible solubilité dans l'eau des carbures de la classe des terpènes et, d'autre part, à ce fait que l'intervention de la chaleur dans la préparation de ces drogues doit suffire à volatiliser la plus grande partie de cette essence. Nous croyons que les accidents ou, tout au moins, la variabilité d'action qu'on peut observer dans l'emploi des préparations galéniques de Jaborandi tiennent à d'autres causes.

1° La pilocarpine n'est pas le seul alcaloïde que renferment les feuilles du *pilocarpus pennatifolius* : on y trouve deux autres bases : la pilocarpidine et la jaborine.

La pilocarpine, au point de vue chimique, est une bétaïne de l'acide pyridinolactique : c'est une base très soluble dans l'eau.

La pilocarpidine est un isomère physique de la pilocarpine, c'est-à-dire qu'il existe entre ces deux bases des rapports identiques à ceux qui lient l'atropine à l'atropidine, la cinchonine à la cinchonidine. La transformation de la pilocarpine ou pilocarpidine est facile à réaliser, d'après Petit; l'eau bouillante peut seule, dans une faible mesure il est vrai, effectuer cette transformation. La jaborine est peu connue; elle est moins soluble dans l'eau que les deux bases précédentes. On la considère

Digitized by Google

comme un produit d'altération ou de transformation de la pilocarpine. La proportion de cette base qui préexiste dans les feuilles peut augmenter après leur récolte, phénomène dû à des causes multiples. La formation aux dépens de la pilocarpine, parait probable; il suffirait même, d'après Regnauld, de soumettre à l'action de la chaleur des solutions aqueuses de pilocarpine pour transformer cet alcaloïde en jaborine.

L'infusion, le sirop, l'extrait de Jaborandi, toutes préparations obtenues avec l'aide de la chaleur, renfermeront donc surtout de la jaborine et peu ou point de pilocarpidine et de pilocarpine. Ce fait pourrait avoir une grande importance; c'est, qu'en effet, les propriétés thérapeutiques de la pilocarpidine et de la jaborine s'éloignent de celles de la pilocarpine; la jaborine, pour sa part, possède une action physiologique très voisine de celle de l'atropine, c'est-à-dire qu'elle est antagoniste de la pilocarpine.

2° Les feuilles du *pilocarpus pennatifolius* sont assez fréquemment mêlées de feuilles du *piper reticulatum*, qui contiennent un alcaloïde, la jaborandine, alcaloïde jouissant de propriétés énergiques spéciales qui ne sont pas celles de la pilocarpine.

Doit-on, dès lors, comme le veulent la plupart des auteurs, rejeter les formes pharmaceutiques que peuvent revêtir les feuilles de Jaborandi et n'utiliser que la pilocarpine? Nous ne le croyons pas, au moins pour l'instant.

Paul et Cownleyont attiré, en effet, l'attention sur la confusion qui règne actuellement dans la dénomination et dans la description des divers alcaloïdes des Jaborandi; ils ont constaté à maintes reprises que les sels dits « de pilocarpine », livrés par le commerce, présentent tous une très grande variation dans quelques-unes de leurs propriétés physico-chimiques et dans leurs effets physiologiques.

En effet, les feuilles du *pilocarpus pennatifolius* ne sont pas les seules qui servent à l'extraction de la pilocarpine. On utilise assez indifféremment pour cet usage les feuilles du *pilocarpus selloanus*, celles du *pilocarpus spicatus*, du *pilocarpus grandiflorus*, etc. Or, les recherches de Petit ont établi que la pilocarpidine qui accompagne la pilocarpine dans presque toutes les sortes de Jaborandi passe avec elle dans les sels du commerce : ce praticien distingué a trouvé, en outre, que la proportion de pilocarpidine que pouvaient renfermer ces sels variait selon l'espèce de Jaborandi qui a servi à l'extraction.

Bien plus, les différentes espèces de Jaborandi ne renferment pas toutes des alcaloïdes identiques. Petit a retiré des feuilles du *pilocarpus spicatus* deux alcaloïdes différents, quoique très voisins de ceux contenus dans les feuilles du *pilocarpus pennatifolius*, la pseudo-jaborine et la pseudopilocarpine.

Il semble donc qu'il existe pour les alcaloïdes des Jaborandi des phénomènes identiques à ceux qu'on peut signaler dans l'étude des al[illegible] des solanées.

Pour ces raisons nous croyons que l'abstention systématique de toute espèce de préparation galénique de Jaborandi est un tort. Si l'infusion, le sirop ou l'extrait constituent de mauvaises préparations, il ne nous semble pas que la macération (1) ou la teinture présentent les inconvénients que nous avons signalés pour les précédentes formes pharmaceutiques.

Dans tous les cas, il est un fait à retenir, c'est que la macération préparée avec des feuilles du vrai Jaborandi, bien conservées, peut constituer une drogue très active en raison de la très grande solubilité de la pilocarpine dans l'eau.

Une macération préparée avec 5 grammes de feuilles et 125 grammes d'eau distillée renferme sensiblement 0,02 centig. de pilocarpine, et produit les mêmes effets de l'aveu même de Nothangel et de Rossbach, deux contempteurs des préparations galéniques.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Urétrite due au bacterium coli commune.** — Les faits de ce genre sont peu connus; aussi croyons-nous utile de rapporter, d'après le *Medical Record*, deux observations du docteur Josipovia. Dans le premier cas, on peut établir par la culture l'identité du micro-organisme. Trois jours après des rapports sexuels, le malade remarqua un écoulement urétral qu'il crut être blennorrhagique. Il y avait une fréquence marquée de la miction, une sensation de brûlure, de la céphalalgie, de la fièvre, un enduit saburral de la langue. Le méat était rouge et œdématié; par la pression on faisait sourdre une goutte de pus jaune verdâtre. En lavant l'urètre antérieur et en recevant l'urine en deux verres, on trouvait que l'eau de lavage contenait en abondance du pus floconneux et des filaments, qu'on ne rencontrait pas dans l'urine, qui était trouble et ne renfermait que des sédiments très abondants. On prescrivit des capsules de santal, des injections de chlorure de zinc; au cinquième jour il ne persistait à peine une goutte de pus; l'urine du premier jet seule était trouble et contenait des filaments. L'examen microscopique de l'urine du premier jour décela la présence de *bacilli coli commune*, mais pas de gonocoques. L'examen fut répété les jours suivants, avec des résultats semblables. Enfin la culture confirma le diagnostic bactériologique. — L. F.

**Sur la paralysie générale.** — Suivant M. Vallon, l'hérédité, la syphilis et l'alcool constituent une sorte de trépied qui est la base étiologique de la paralysie générale Quelquefois, en l'absence d'antécédents héréditaires, la syphilis peut seule causer la paralysie générale; il en est de même de l'alcoolisme; mais celui-là remplit les meilleures conditions pour devenir paralytique général qui, héréditairement prédisposé aux maladies cérébrales, contracte la syphilis et, de plus, se livre à des excès alcooliques. La paralysie générale est intimement liée aux autres affections cérébrales et mentales. Les paralytiques généraux procréent souvent des enfants idiots, épileptiques ou vésaniques.

On a prétendu que la syphilis et l'alcool ne produisaient pas la paralysie générale vraie, mais seulement des pseudo-paralysies générales. L'auteur montre la fausseté de cette proposition, en s'appuyant sur les recherches histologiques de M. Biswinger.

(1) Obtenue en laissant en contact pendant 12 heures de 1 à 4 grammes de feuilles choisies dans 125 gr. d'eau distillée froide et en filtrant cette préparation.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## OTOLOGIE

**Des bouchons du conduit auditif.** — C'est à dessein que nous n'ajoutons pas cérumineux au titre de cet article, car, si les bouchons cérumineux constituent les quatre vingt dix-neuf centièmes de ces produits pathologiques du conduit auditif, il en est d'autres qui, malgré leur rareté, n'en sont pas moins intéressants et utiles à connaître : ce sont les amas épidermiques et le pus desséché qui peuvent former de véritables bouchons analogues à ceux du cérumen.

*Les bouchons cérumineux* proprement dits se présentent sous forme de masses de couleur et de consistance variables : jaunâtre comme du miel chez les uns, il présente chez d'autres malades une couleur noirâtre comme du goudron de houille ; tantôt de consistance molle, quand il est récent, tantôt sec, dur, résistant, quand il s'est accumulé lentement pendant des années, sans éveiller l'attention du malade ou encore mieux quand il survient chez des gens peu soigneux ou négligents.

La surdité que détermine le bouchon cérumineux n'est pas toujours en rapport avec son volume ; s'il est de consistance pâteuse et appliqué directement sur la membrane du tympan, il déterminera une surdité beaucoup plus accusée qu'un autre bouchon dur et sec qui ne touchera pas à la membrane ; c'est ce qui explique la surdité subite qu'accusent les malades à la suite de la pénétration de l'eau dans l'oreille ; c'est très souvent le premier symptôme révélateur de sa présence.

L'expulsion de ce produit pathologique n'est pas toujours suivie de la guérison complète, car il peut coïncider avec d'autres affections du tympan ou de l'oreille moyenne ; ainsi Toynbee a observé le retour complet de l'ouïe, après l'expulsion du bouchon cérumineux chez 36 0/0 de ses malades, Wendt chez 68 0/0 et Schwartze chez 81 0/0; l'écart entre les chiffres de ces statistiques tient probablement au mode d'examen de l'audition diffèrent chez les divers expérimentateurs.

Si le cérumen est mou, on peut être assuré qu'il sera expulsé par quelques injections d'eau chaude, à la condition que celles-ci soient convenablement faites.

Si le bouchon est dur, l'injection en détachera bien quelques parcelles, mais on ne peut être certain de tout enlever dans la même séance; il faut ramollir, desagréger la masse par une solution alcaline ou même de l'eau de savon chaude dont on remplira l'oreille, un jour ou deux avant d'intervenir.

*Le bouchon épidermique* est formé par la desquamation du conduit auditif; il survient chez les individus atteints antérieurement d'otite externe; les cellules épidermiques incessamment desquamées et mélangées à un peu de pus ou de cérumen forment une masse blanc grisâtre de la consistance du mastic de vitrier et adhèrent très solidement aux parois du méat.

Au point de vue thérapeutique ces deux espèces de bouchons diffèrent d'une façon très notable : tandis que les premiers, après leur ablation, laissent voir la couche cutanée du conduit normale, les derniers sont si bien adhérents avec le derme que celui-ci apparaît rose vif ou même est excorié par leur détachement ; avec la curette on peut enlever parfois d'une seule pièce une grosse masse de cérumen, mais on ne détache jamais qu'une parcelle très faible de bouchon épidermique ; les instillations alcalines produisent peu d'effet sur les derniers et sont, au contraire, très efficaces contre le cérumen ; nous ferons les mêmes remarques sur les injections.

Hartmann conseille les instillations d'une solution huileuse d'acide salicylique à 2 0/0 avant de pratiquer les injections avec une solution alcaline.

Le mieux est de recourir à la curette et à la pince ; avec la curette on enlève le plus possible de la masse, on en évide le centre, puis, après avoir, avec un stylet, détaché le pourtour adhérent, on saisit ce dernier avec la pince et on tire doucement ; souvent on n'enlève ainsi qu'une portion limitée du bouchon, mais on recommence la manœuvre jusqu'à ce que toute la masse se détache d'une seule pièce comme un doigt de gant.

Le derme mis à nu ou excorié sera lavé avec une solution boriquée, puis on le badigeonnera avec de la pommade boriquée ou sublimée.

La troisième espèce, *le bouchon croûteux* survient dans les conditions suivantes : un otorrhéique voit l'écoulement s'arrêter, puis, plusieurs mois ou années après, il vient se consulter parce qu'il présente de la surdité, quelques douleurs dans l'oreille, etc. ; à l'examen, on trouve dans le conduit une matière gris-jaunâtre, dure, sèche, s'effritant facilement comme du mortier sec; le bouchon est de volume variable : tantôt il ne recouvre qu'une partie du tympan ou plutôt de la perforation laissée par la destruction de cette membrane, tantôt il peut occuper tout le fond du conduit.

Il adhère assez fortement aux parties sous jacentes pour que les simples injections d'eau chaude ne suffisent pas à l'expulser, si on ne l'a préalablement ramolli par des instillations ou ébranlé avec le stylet boutonné.

Après son ablation, on trouve soit la muqueuse de l'oreille moyenne à peu près normale, soit une granulation, un bourgeon charnu, pâle et sec, implanté en un point du fond du conduit auditif ou de la caisse.

De là découle la nécessité d'examiner les malades dont l'écoulement est tari, quelques semaines ou quelques mois après la guérison apparente de leur affection, surtout si l'otorrhée a duré longtemps, car le retour à l'état physio-

Digitized by Google

logique normal de la muqueuse ne se fait que graduellement.

Il y a encore une classe de bouchons qui ne rentre pas dans les formes précédentes : ce sont ceux qui résultent de l'insufflation de poudres comme l'acide borique, l'iodoforme, etc., qui ne se dissolvent pas dans le pus, ou qui sont dus à la coagulation du pus par des solutions médicamenteuses : nitrate d'argent, alun, tanin, perchlorure de fer, acide picrique, etc, ; mais ce sont là des obstructions provoquées qui ne ressemblent en rien à celles, toutes spontanées, que nous avons passées en revue. — Dr A. Courtade, *assistant du service laryngo-otologique de l'hôpital Lariboisière.*

## MÉDECINE

**Des spasmes cloniques idiopathiques de la langue ou chorée de la langue.** — Les spasmes de la langue considérés en tant que symptôme se rencontrent dans un certain nombre de maladies nerveuses. C'est ainsi qu'ils existent dans la chorée, le paramyoclonus multiplex, l'épilepsie, etc., pour ne nommer que les principales. Mais ces spasmes, se montrant à l'état isolé, indépendamment de toute autre manifestation spasmodique, constituant à eux seuls toute la maladie du sujet qui en est atteint, sont beaucoup plus rares. Il en existe à peine une dizaine d'observations.

M Sirol ayant pu observer, pendant plus d'un mois, un cas très net de ces spasmes idiopathiques, en a fait le sujet de sa thèse (Toulouse, juillet 1896). De son étude, il résulte que, quelle que soit la cause (hystérie, prédisposition aux réactions névropathiques, anémie), l'affection se localise nettement dans le territoire de l'hypoglosse et se manifeste par des spasmes cloniques de la langue. Ces spasmes présentent un certain nombre de caractères, un début et une évolution particuliers qui permettent de les distinguer très facilement de ceux que l'on rencontre associés à diverses affections nerveuses. D'ailleurs, tandis que dans ce dernier cas, ils ne sont qu'un symptôme dans le premier, ils sont toute la maladie. Considérant que cette affection est susceptible de guérir dans un très grand nombre de cas, qu'elle débute ordinairement d'une façon subite, que les spasmes qui la caractérisent peuvent augmenter ou diminuer, disparaître même, momentanément, il est vrai, à la suite d'impressions joyeuses ou tristes, et qu'enfin l'examen anatomo-pathologique n'a jamais été fait, on peut conclure qu'il s'agit de simples troubles dynamiques comme ceux que l'on invoque dans diverses névroses.

Si, du tableau général des spasmes idiopathiques de la langue on retient les traits principaux, on voit qu'ils sont caractérisés, le plus souvent, par un début brusque, par des mouvements désordonnés, involontaires, irrésistibles d'intensité, de rythme et de fréquence variables Les caractères existant pour les contractions musculaires de la chorée, M. Sirol propose, en raison de cette analogie, d'appeler cette hyperkinésie des muscles de la langue : la chorée de la langue.

---

**L'ankylostomasie.** — Sous ce nom, il convient de désigner une affection particulière caractérisée par un dépérissement lent, progressif, évoluant sans cause apparente, sans lésion organique ni intoxication appréciables, aboutissant à un état de cachexie profonde, et dont la cause est la présence dans le duodénum d'un ver nématode de la famille des strongylides : l'*ankylostome*. La synonymie de l'ankylostomasie est riche : on l'appelle encore chlorose d'Egypte, mal d'estomac des nègres aux Antilles, oppilaçao ou conçaço au Brésil, anémie intertropicale, géophagie, cachexie africaine, cachexie aqueuse, anémie des mineurs d'Anzin, des ouvriers du tunnel de Saint-Gothard, des briquetiers des environs de Cologne et de Bonn. Ces dénominations prouvent donc que le domaine géographique de l'ankylostome est fort étendu et sa présence en Europe, voire même en France, nous a décidé à parler un peu de cette affection négligée dans les ouvrages classiques. Notre tâche nous sera facilitée par l'apparition d'un mémoire très intéressant et très complet de MM. Aimé et Alfred Lesur, qui fit l'objet d'une communication à la Société médicale de l'île Maurice (*Juillet 1897*). Ces deux auteurs, ayant constaté la présence de l'ankylostomasie à l'île Maurice, en ont profité pour reprendre la question et y ajouter le résultat de leurs observations personnelles. Nous n'aurons donc guère qu'à résumer aussi clairement que possible leur mémoire.

Comment se caractérise cliniquement l'ankylostomasie ? D'après Sonsino, qui en a laissé une magistrale description, le premier symptôme est, en général, une sensation douloureuse à l'épigastre, douleur augmentée à la pression, mais qui peut cependant manquer (Lesur)

En même temps, il y a de la dyspepsie, des coliques avec borborygmes, quelquefois de l'anorexie, mais, le plus souvent, l'appétit est rare.

L'ingestion d'aliments calme la sensation douloureuse ; souvent, il y a de la dépravation de l'appétit (allotriophagie, pica, géophagie). D'après Cobbold, la géophagie est un symptôme commun aux différentes variétés d'helminthiase et n'est pas spécial à l'homme ; Masuri l'a observée chez des éléphants affectés de douves. Généralement, il y a de la constipation ; parfois il y a un peu de sang dans les selles, des débris d'aliments non digérés.

Le malade ne tarde pas à pâlir, se sent faible et fatigué ; il est sujet à des palpitations, présente différents signes de chloro-anémie, le pouls est souvent anormalement rapide et petit, quelquefois faible et lent. Un léger œdème des pieds ou de la face indique un haut degré d'anémie et un certain état d'adynamie cardiaque. Quand la maladie a fait des progrès, il y a souvent une fièvre très légère. Quelquefois, il peut exister une sorte de fièvre

Digitized by Google

d'invasion (Lesur). Ce dernier auteur a noté chez trois de ses malades de l'hypoglobulie. Les progrès de l'anémie déterminent des vertiges, des syncopes, de l'apathie, etc. Grassi a observé des hémorragies rétiniennes ; ces hémorragies sont peut-être dues à des thromboses marastiques. Les enfants qui, pendant leur période de croissance, sont atteints d'ankylostomasie sont petits, chétifs et, à 25 ans, paraissent n'en avoir que 10 ou 12 (Lutz). Un malade atteint d'ankylostomasie peut quelquefois tomber dans un état très misérable en un temps relativement court; ce sont surtout les cas aigus qui sont dangereux lorsqu'ils ne sont pas soignés à temps. Ces poussées aiguës, d'après Leichtenstern, se produisent pendant la période d'activité sexuelle du parasite lorsqu'il y a eu introduction simultanée d'énorme quantité de larves arrivées au même moment à leur entier développement.

La plupart du temps, l'affection suit une marche chronique, épuise les malades qui dépérissent et succombent facilement à une maladie intercurrente.

En somme, le tableau clinique de l'ankylostomasie est celui de l'anémie pernicieuse progressive. Le diagnostic est simple et le seul élément certain est la présence du parasite dans les déjections. Mais ce fait ne s'observe pas en dehors de l'administration des anthelmintiques; aussi il sera toujours utile de rechercher, comme le préconisent Grassi et Parona, les œufs du parasite. Ces œufs sont *elliptiques*, de 55 à 60 $\mu$, sont ordinairement isolés et indépendants les uns des autres, leur membrane d'enveloppe est lisse et transparente, présente un contour simple et contient une couche de liquide hyalin dans laquelle baigne un vitellus grisâtre divisé en un certain nombre de sphérules de segmentation. Les œufs ne renferment jamais d'embryon déjà formé, et on ne rencontre jamais non plus d'embryons libres dans les selles.

Quant au parasite lui-même et à ses propriétés biologiques, nous renvoyons pour la description à l'excellent livre de M. Raphaël Blanchard (*Zoologie médicale*) au *Traité de parasitologie médicale*, de Moniez, au travail du Dr Sandwith (*The Lancet*, 2 juin 94) et au traité de Davidson (*Hygiene and disease of warm climates*). Un fait cependant est à noter pour la recherche du parasite, fait qui permettra peut-être d'étendre le domaine de l'ankylostomasie ; l'ankylostome cesse, même avant le début de la putréfaction, d'adhérer à la paroi intestinale et, si on se sert d'un courant d'eau pour laver l'intestin, il s'est entraîné ou bien, si l'on essuie les matières fécales avec le doigt, c'est dans ces dernières qu'on le trouvera et non dans l'intestin. Quand on emploie l'une ou l'autre méthode, si l'on n'examine pas séparément les matières fécales et les eaux de lavage, l'ankylostome, même en en grand nombre, passera inaperçu.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on trouve une pâleur extrême de tous les téguments, de petites ecchymoses dans le duodénum, quelquefois de véritables hématomes sous-muqueux, contenant des ankylostomes. Parfois, la tunique intestinale est très atrophiée et la muqueuse est le siège d'un catarrhe très manifeste. Enfin, on note nombre d'autres lésions inconstantes.

Le traitement de l'ankylostomasie consiste en l'évacuation du parasite. Le calomel et la santonine sont sans action, de même l'extrait de fougère mâle qui même a des inconvénients. Actuellement, sur les conseils de Bozzolo, on se sert de thymol, on donne, le matin à jeun, 2 doses égales de thymol à deux heures d'intervalle. Trois heures après, un purgatif salin ou de l'huile de ricin. On donne de 4 à 5 grammes pour les vingt-quatre heures, dans du pain azyme. Souvent, d'ailleurs, avec cette dose, on note chez la plupart des malades, de la lourdeur de tête et des vertiges obligeant les sujets à rester couchés. On laisse quelques jours de repos aux malades, puis on donne à nouveau le thymol. Sandwith conseille de ne cesser le traitement que lorsque, à deux reprises, on aura constaté l'absence des œufs de l'ankylostome dans les garde-robes. Parfois, cependant, le traitement échoue complètement. Ce qui est plus sûr, ce sont les moyens hygiéniques, simples soins de propreté qui sont très efficaces contre la contagion de l'ankylostomasie, affection redoutable contre laquelle il faut lutter activement. — M. D.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate par la résection des canaux déférents.** — Nous avons montré dans un travail, paru il y a quelque temps, et basé sur 57 opérations (*Arch. méd.*, janvier 1897) que, parmi les différentes méthodes de traitement proposées pour lutter contre le prostatisme et ses accidents, la résection des canaux déférents tendait à occuper aujourd'hui la première place et à se substituer avantageusement en un grand nombre de cas à la plupart des procédés en usage. Cette méthode ayant, depuis lors, fait ses preuves et un grand nombre d'observations heureuses en ayant été publiées, nous tenons à revenir sur cette question et à exposer ici les conclusions auxquelles nous sommes arrivé et qui sont les suivantes :

1° La chirurgie possède, en la ligature et la section bilatérales du canal déférent, et, plus particulièrement en la *résection bilatérale entre ligatures* de ce conduit une méthode nouvelle de traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate. Ce traitement opératoire repose sur les rapports qui existent, à l'état normal ou pathologique, entre les testicules, les canaux déférents et la prostate, rapports qui donnèrent précédemment naissance à la castration, proposée comme moyen d'obtenir la « cure radicale » de l'hypertrophie prostatique.

2° Au point de vue expérimental, on constate, après la résection des canaux déférents, une atrophie incontestable

Digitized by Google

de la prostate. Au point de vue clinique, cette atrophie prostatique se manifeste dans un grand nombre de cas ; elle est accompagnée de la disparition ou de la diminution d'intensité de la plupart des symptômes fonctionnels liés a une augmentation de volume de la glande (fréquence des mictions, douleurs, efforts, etc.). Consécutivement, le cathétérisme est rendu plus facile ; l'urine tend à se débarrasser des substances pathologiques qu'elle contient (sang, pus, albumine) et à reprendre ses caractères normaux ; l'incontinence tend à disparaître, la quantité d'urine résiduelle à diminuer, l'état général du malade à s'améliorer.

3° Les observations de résections des canaux déférents suivies d'insuccès prouvent que cette opération est inefficace et contre-indiquée, lorsque l'on se trouve en présence de prostates régulièrement dures et sclérosées, et dans les cas où la contractilité vésicale est perdue. A ces cas conviendraient mieux la cystostomie sus-pubienne en première ligne, la prostatotomie perinéale de Harrison, et la prostatectomie sus-pubienne exceptionnellement. L'opération est également contre-indiquée chez les vieillards affaiblis, cachectiques, ayant une déchéance organique quelconque (cancer, tuberculose, etc.), chez ceux qui présentent des lésions graves du côté de la vessie ou des reins, ou chez lesquels quelques signes déjà perceptibles (divagation, perte de la mémoire, manie, etc.) peuvent faire craindre l'éclosion d'accidents cérébraux.

4° La résection des canaux déférents a son maximum d'efficacité, lorsqu'elle lutte contre des prostates congestives, molles, élastiques, que la congestion soit récente ou ancienne. Les résultats cliniques en sont non pas inférieurs, mais sensiblement égaux à ceux qui suivent la castration. Cette intervention, d'une bénignité parfaite, doit être substituée à la castration, opération grave chez l'homme âgé, mutilation inutile chez l'individu encore jeune, mal acceptée par tous les deux.

5° La résection du conduit séminal, ainsi que la castration, doivent leurs résultats thérapeutiques à un acte physiologique réflexe mal expliqué encore, sans doute d'origine nerveuse, et qui paraît résider dans la lésion des filets de Cooper.

6° La résection, entre ligatures, de deux à trois centimètres du canal déférent, paraît être un procédé supérieur à la ligature simple ou à la résection sous-cutanée. On doit s'efforcer d'isoler soigneusement le conduit et de ne comprendre dans la ligature ou la section aucun des autres éléments du cordon. En aucun cas, la *section pure* du canal déférent ne détermine l'atrophie testiculaire qui paraît due à ce fait qu'on a compris dans la ligature un élément vasculaire ou nerveux. Quant à la résection unilatérale du canal déférent, elle donne lieu à des résultat cliniques paraissant bons, mais au sujet desquels on ne peut encore se prononcer.

7° Le cathétérisme régulièrement institué et l'usage de la sonde à demeure resteront toujours la base du traitement normal des prostatiques ; ce n'est qu'à la suite de leur inefficacité, de leur durée, ou de la difficulté des malades à les supporter, qu'on sera autorisé à tenter la résection des canaux déférents, avant tout autre procédé opératoire. — L. Flœrsheim.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Diagnostic et traitement de l'insuffisance pulmonaire.** — La pathogénie, après avoir attribué au microbe un rôle prépondérant, tend aujourd'hui à restituer au terrain l'importance qu'on lui reconnaissait jadis dans la genèse des maladies. Or, le terrain *normal* n'est, en somme, que la résultante des processus cliniques ayant leur point de départ dans le fonctionnement *harmonique* de *tous* nos organes. Que l'un d'eux faiblisse, devienne insuffisant, il en résultera, soit une invasion microbienne favorisée par les modifications du milieu, soit une manifestation symptomatique, *commandée* par une relation nerveuse (symptômes réflexes), ou par la moindre résistance d'un point *quelconque* de l'organisme.

La thérapeutique, pour être réellement causale, ne doit donc pas, sauf exception, être symptomatique : elle doit, surtout dans les affections chroniques et diathésiques, viser les insuffisances organiques primordiales.

Malheureusement ce terme d'insuffisance organique ne représente pas toujours à nos yeux un syndrôme bien défini en clinique. Nous reconnaissons l'insuffisance cardiaque dans le tableau de l'hyposystolie. Nous soupçonnons l'insuffisance rénale en présence des symptômes que Dieulafoy a réunis sous l'étiquette de petit brightisme, symptômes qui, en réalité, ne font que traduire visiblement une imperméabilité rénale *latente*, *jusqu'au jour de leur apparition*, et qu'actuellement on s'efforce de diagnostiquer en recherchant le mode d'élimination du bleu de méthylène lancé dans la circulation par la voie hypodermique. L'analyse des urines, *basée sur un coefficient biologique personnel au malade* d'après la méthode de Gautrelet, peut encore donner dans une certaine mesure la clef de l'insuffisance des fonctions assimilatrices (digestives, respiratoires), désassimilatrices (hépatiques, rénales) et cellulaires.

Mais ce sont là questions complexes, mal connues ; et nous ne voulons envisager aujourd'hui que *l'insuffisance pulmonaire d'origine congénitale.*

Notre but étant simplement de fournir au praticien une vue d'ensemble qui lui permette de faire le diagnostic de cette anomalie, souvent méconnue, nous ne décrirons pas les troubles que provoque dans l'organisme une hématose incomplète du milieu sanguin, troubles qui peuvent avoir leur origine, non seulement dans une capacité pulmonaire

(1) Ces troubles ont d'ailleurs été bien décrites dans l'article, tiré du livre d'H. Mendel, qu'a publié le *Journal des Praticiens* du 17 juillet 1897.

Digitized by Google

trop restreinte, mais encore dans une pauvreté du sang en hémoglobine, dans une atrésie artérielle, etc... (1) *Ce n'est donc là*, ne l'oublions pas, *qu'un des côtés de l'insuffisance de l'hématose* ou, pour mieux, dire de l'insuffisance des combustions générales. C'est là aussi une des raisons pour lesquelles l'insuffisance pulmonaire n'offre aucun signe pathognomonique.

On la déduira d'un ensemble de symptômes bien caractéristiques quand elle est congénitale ou remonte à l'enfance, moins nette quand elle est acquise plus tardivement. L'enfant, l'adolescent dont le poumon « respire mal » est souvent malingre, pâle (anémie), les lèvres, les joues, les *ongles* bleutés (cyanose), il peut avoir le facies typique de l'adénoïdien (air niais, bouche bée, nez pincé ou épaté). Grêle, *voûté, les épaules rentrées*, pelotonné sur lui-même, il semble toujours avoir froid : et, en effet, il est frileux, il réagit mal, aussi est-il sujet aux « refroidissements » et se trouve-t-il fréquemment victime des « maladies qui courent ».

Sa poitrine, mal développée, *étranglée de la base* (cylindrique) *ou du sommet* (conique), parfois asymétrique ou déformée, *manque d'élasticité* quand on la comprime entre ses deux mains : et, si l'on essaye de faire basculer la pince omo-claviculaire autour du moignon de l'épaule, on constate une rigidité qui s'oppose au libre jeu des sommets pulmonaires (1). Enfin la circonférence thoracique maxima, mesurée à égale distance du mamelon et de la pointe xyphoïdienne pendant une expiration paisible, est plus ou moins inférieure à la normale c'est-à-dire à la moitié de la taille, moins 3 cent. chez l'enfant, plus 2 ou 3 cent. chez l'adulte.

A l'auscultation on entend mal une respiration qui se fait superficiellement, par saccades. Beaucoup de ces enfants qui « *ne savent pas respirer* » ont de l'insuffisance pulmonaire : et, si, après une inspiration profonde, on les fait compter lentement à haute voix, on saisit facilement combien chez eux est « courte » la respiration. De là, dans les cas très accentués, la sensation d'oppression, d'étouffement qu'ils accusent quand ils séjournent dans une pièce bien close, ou encombrée, dans une salle d'école par exemple. De là aussi, cette indolence, cette lenteur dans les mouvements qui semble singulière au premier abord : de là, l'apathie que manifestent pour les jeux de leur âge ces enfants « trop sages » : toujours ou très vite fatigués, pour peu qu'ils courent, montent un escalier, ils s'essoufflent, se congestionnent, souffrent de palpitations.

Le cœur, d'ailleurs est souvent en cause. A l'étroit dans une cage thoracique mal développée, *en lutte continuelle contre l'obstacle qui lui oppose une circulation pulmonaire restreinte*, ses cavités droites s'hypertrophient — d'où un cœur bondissant, avec pointe déjetée vers la gauche et battant fortement en dehors du mamelon, etc...

(1) Caminade. Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire, p. 28 et 91.

Contre cette insuffisance pulmonaire congénitale, nous n'avons guère de ressources que dans une hygiène bien comprise. Certes, les inhalations d'oxygène, les bains d'air comprimé que recommande Mendel et, d'autre part, la gymnastique respiratoire proprement dite nous seront d'un grand secours, mais ces procédés, d'une application délicate, devront, dans la pratique courante, céder le pas aux prescriptions purement hygiéniques qui se résument en ceci :

1° Hygiène respiratoire. — *Avant tout rétablir*, s'il y a lieu, *la perméabilité des premières voies aériennes*. Puis faire vivre l'enfant, *loin de tout contact avec les tuberculeux*, au grand air, nuit et jour ; se couchant tôt, se levant tard, il dormira couché à plat, sans oreiller, dans une chambre largement aérée, fenêtres ouvertes. Ces longues heures de repos, à l'air libre, auront en même temps pour effet de pallier à l'insuffisance de l'hématose et des combustions générales : tout en augmentant les recettes respiratoires, elles ménageront les dépenses d'un organisme toujours en déficit. — Les rhumes seront évités, non pas tant en couvrant l'enfant de gilets de flanelle et de cache-nez *qu'en lui faisant porter des bas de laine*, de bonnes chaussures, des caleçons même s'il est frileux des jambes, *en veillant enfin à ce qu'il ne s'expose pas à de brusques transitions de température:*

2° Hygiène cardiaque. — L'habituer *progressivement* à des exercices *ne nécessitant aucun effort* et les suspendre au moindre essoufflement, aux premiers battements de cœur et avant même qu'il y ait sensation de fatigue. A ce point de vue, la gymnastique respiratoire, *mais telle que la comprennent Tissié et avec lui Caminade*, trouve ici particulièrement son indication.

3° L'hygiène digestive doit enfin attirer aussi l'attention.

Il importe, en effet, non seulement de fournir par son intermédiaire à l'organisme les éléments nécessaires à son développement, mais encore, *et surtout*, de prévenir les auto-intoxications, ou même simplement les réflexes qui peuvent troubler profondément la circulation pulmonaire et retentir directement ou indirectement sur un cœur qui, luttant sans répit, est, de ce fait, toujours en imminence d'asystolie. — Pascault.

## ÉLECTROTHÉRAPIE

**Traitement des affections de l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse.** — La méthode de traitement que j'ai préconisée déjà, contre ces affections, consiste à introduire dans l'utérus un hystéromètre en argent relié au pôle positif d'une batterie à courant continu, le négatif étant fixé à une plaque mouillée, placée sur la peau. Il se fait des réactions électrochimiques intra-utérines dont la résultante est la formation d'un produit nouveau,

Digitized by Google

l'oxychlorure d'argent, qui naît au contact des tissus et représente l'agent médicamenteux.

L'intensité du courant doit toujours rester entre 4 et 10 milliampères et ne doit jamais dépasser 10 milliampères. Avec des intensités élevées, en effet, l'on pourrait craindre la formation d'albuminates d'argent qui sont toxiques. L'intensité de 10 milliampères que j'emploie depuis plusieurs années, tant à l'hôpital qu'à la ville, n'a jamais donné lieu au moindre incident. Les observations suivantes prises à Lariboisière, dans le service de M. le docteur Reynier, prouvent la rapidité d'action de ce traitement et sa parfaite innocuité.

*Hémorragies utérines* :

Obs. I. — Femme de 18 ans, à laquelle M. Reynier avait fait l'ablation des ovaires (ovaires kystiques) en faisant la section près de l'extrémité de l'ovaire. L'année suivante, douleurs dans le ventre, pertes blanches et hémorragies abondantes sans interruption ; utérus gros et de consistance molle. Electrolyse à l'argent les 10, 13, 17, 21 et 24 avril, pertes arrêtées, règles normales. Le 28 avril, 1er, 5, 9, 13, 16, 20, 25 mai hystéromètre en charbon de 20 à 40 milliampères, et argent 10 milliampères, 5 minutes, guérison complète

Obs. II. — L..., 20 ans, vierge, 6 mai 1896, pertes continuelles avec expulsion de caillots, 22, 26 mai et 2 juin, électrolyse à l'argent 5 minutes, règles normales ; revue en juillet et août, règles normales.

Obs. III. — O..., 29 ans. Pertes continuelles, tumeur fibreuse et métrite, compliquées d'insuffisance mitrale et de syphilis. La chloroformisation étant impossible, le traitement à l'oxychlorure d'argent est décidé. Commencé le 28 janvier, il est continué deux fois par semaine jusqu'au 10 février ; plus trace d'hémorragie, à partir de cette époque, traitement avec un hystéromètre en platine à des intensités de 40 à 50 milliampères pour réduire le volume des noyaux fibreux, et traitement à l'argent.

Obs. IV. — P..., 29 ans. En 1893, hématocèle, ouverture du cul de-sac postérieur ; la suppuration ne s'est tarie que lentement. En 1896, hémorragies pendant les époques. On ne trouve que de la métrite ; 18, 21 et 24 novembre, argent, 7 milliampères ; n'a plus aucune perte, métrite guérie.

Obs. V. — M..., 27 ans. En janvier 1896, hémorragies pendant les époques et métrites, trompe gauche un peu grosse. Curettage, a toujours des pertes, même état qu'avant le curettage. Les 10, 13, 16, 20 et 24 mars, traitement à l'oxychlorure d'argent ; le 25 mars, elle part au Vésinet, complètement guérie.

Obs. VI. — G..., 27 ans. Métrite à gonocoques. Traitée les 15, 19, 22 et 26 mai. Revue le 10 juin, complètement guérie.

Obs. VII. — L..., 29 ans. Métrite et ulcération du col. Après 7 séances, métrite guérie, règles d'abondance et de durée normales. Revue deux mois après.

Obs. VIII. — B..., 33 ans, Métrite. col ulcéré. En mars, 9 séances ont été faites, guérison complète. Revue le 41 décembre, elle est enceinte.

Obs. IX. — D..., 23 ans. Utérus très gros, métrite et salpingite gauche, cavité utérine 10 centimètres, A dater du 20 mars, 5 séances, le 14 avril, plus trace d'écoulement, utérus normal.

Obs. X. — R..., 23 ans. Métrite blennorrhagique avec propagation aux trompes. Six séances ont été faites, la malade est complètement guérie.

Obs. XI. — D..., 22 ans. Trompe gauche de la grosseur d'un œuf, remplie de pus. 16 juin 1896, argent 7 milliampères, 5 minutes ; le soir la malade perd du pus en abondance. 23, 26 et 30 juin même traitement ; trompe normale. Revue le 1er décembre ; la salpingite est guérie.

Obs. XII. B.. , 28 ans, juin 1896. Métrite. ulcération du col, pyo-salpinx gauche 19, 23, 26, 30 juin et 3 juillet, argent 7 milliampères. La trompe fut vidée à peu près, la malade, ne souffrant plus, se croit guérie. Elle ne revient que le 21 juillet ; la trompe, qui s'est remplie, est de nouveau vidée par le traitement dès la première séance. Elle ne revient que le 8 août ; la trompe se vide pour la troisième fois. La malade ne revient plus encore une fois malgré nos recommandations.

*Conclusions.* — Des observations précédentes, prises dans le service de M. le docteur Reynier, de celles que j'ai déjà publiées, jointes aux faits que j'ai eu l'occasion d'observer depuis, nous pouvons conclure que l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse *loco dolenti* donne des résultats rapides, en général immédiats contre les hémorragies utérines et que l'action décongestionnante qui se manifeste par la diminution des tumeurs fibreuses persiste longtemps encore après l'intervention.

Cette méthode de traitement constitue en outre, la méthode de choix contre les métrites, parce qu'elle est aussi rapide, plus rapide même que les autres méthodes, que le curettage, et qu'elle n'oblige pas à prescrire aux malades le repos au lit. Toutes les malades que j'ai traitées à l'hôpital venaient en effet deux fois par semaine et retournaient ensuite plus ou moins chez elles. La guérison a presque toujours été obtenue entre deux époques. Cette méthode de traitement est donc préférable aux curettages, sauf pour certains cas tout à fait spéciaux.

Elle donne aussi, parfois, des résultats rapides contre les salpingites mêmes suppurées. Comme on ne sait jamais si l'ostium de la trompe est perméable ou non, l'on doit toujours faire quelques séances qui sont souvent suffisantes pour faire évacuer le pus par les voies naturelles. Quand la trompe n'est pas trop volumineuse et a gardé sa position normale, l'on a des chances de lui faire expulser son contenu, même s'il s'agit d'une salpingite ancienne. Si l'on a affaire à une salpingite de date récente, l'on est à peu près certain de vider la collection par les voies naturelles. L'on doit donc toujours faire une ou deux tentatives qui suffisent en général et évitent à la malade, une opération sanglante et une mutilation inutile.

Enfin, je rappellerai encore ce que je disais en 1895, que l'hystéromètre argent se stérilise aussi complètement que possible, puisqu'il peut être porté à une température élevée sans être endommagé ; de plus l'oxychlorure d'argent, à l'état atomique, étant un désinfectant de premier ordre, les causes d'infection n'existent pas ; à ces avantages vient s'ajouter cette autre considération que des intensités très faibles sont suffisantes. Le reproche qui a été fait à l'électricité d'être dangereuse, à cause des intensités élevées qui ont été tentées, ne peut donc pas être ici invoqué.

Digitized by Google

La méthode de traitement par l'oxychlorure d'argent électrolytique, des hémorragies utérines, des métrites et de certaines salpingites constitue, en résumé, une méthode de choix par son efficacité rapide d'abord et ensuite par son innocuité. — Boisseau du Rocher.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 5 octobre 1897*

M. Laveran *lit un rapport sur un mémoire de* M. Busquet, *intitulé* : « **La transmissibilité des oreillons de l'homme au chien** ». — Si le fait avancé par M. Busquet était définitivement démontré, l'étude expérimentale des oreillons ferait un saut considérable. Mais la transmissibilité des oreillons de l'homme au chien est-elle suffisamment prouvée ? Voici, en quelques mots, l'observation de M. Busquet. Au mois de juin dernier, M. Busquet était atteint d'oreillons ; leur marche fut normale. Quinze jours environ après le début de cette affection, le chien de la maison, un lévrier russe de 4 ans tomba malade ; perte d'appétit, tristesse. narines pulvérulentes.

Vers le 20 juillet, la pression exercée au niveau de l'articulation temporo-maxillaire est douloureuse, la région parotidienne se tuméfie considérablement, la zone sous-maxillaire s'empâte, on y perçoit un engorgement ganglionnaire considérable. L'examen bactériologique de la bouche, des ensemencements faits avec des parcelles de mucosités prises dans le canal de Sténon, dénotent la présence de diplostreptocoques.

M. Busquet pense qu'il s'agit là d'un véritable cas d'oreillons chez le chien. L'animal se serait contagionné en léchant les crachats de son maître. M. Busquet rappelle que, dans un travail publié avec M. Féré, il avait déjà rapporté un cas à peu près semblable.

Mais cette observation ne paraît point légitimée par le dire de vétérinaires expérimentés. M. Nocard prétend n'avoir jamais vu d'oreillons chez le chien.

D'autre part, M. Laveran, dans ses expériences faites sur la nature microbienne des oreillons, n'a jamais pu, en inoculant au chien du diplocoque, reproduire cette maladie. Les inoculations faites sur le testicule ont bien produit de l'orchite ; mais cette orchite ne s'accompagnait jamais de tuméfaction des parotides. Il n'y avait là qu'un accident local dû à la présence d'un microbe pathogène dans les tissus.

Chez le chien de M. Busquet, la présence du diplostreptocoque ne prouve rien ; il est en effet fréquent de trouver ce microorganisme saprophyte de la bouche. De plus, la tuméfaction parotidienne était unilatérale, la région sous-maxillaire chargée de ganglions engorgés. Il est normal de croire qu'il s'agissait là d'un cas de parotide aiguë non suppurée.

Jusqu'à plus ample informé, il paraît donc difficile d'affirmer la possibilité de transmission des oreillons de l'homme au chien.

**De l'influence des poussières des appartements dans la transmission des affections cardiaques.** — M. Kelsch. Les poussières des appartements constituent un véhicule aux germes infectieux qui doit être au moins aussi souvent incriminé que l'eau. Le poumon devient une surface d'absorption pour les microorganismes, aussi et même plus favorables que le tube digestif. C'est surtout dans les casernes que ce véhicule se trouve mis au service de la transmission des infections.

M. Kelsch cite deux observations bien nettes de lymphangite tuberculeuse avec généralisation rapide dans lesquelles la porte d'entrée fut une écorchure au pied, infectée par la marche sur le parquet de la chambrée. Il cite aussi bon nombre d'observations d'épidémie de fièvre typhoïde localisées aux hommes d'une même chambre ; les soldats voisins, buvant de la même eau, mais vivant sous un autre toit, échappant à la contagion.

L'une de ces observations est particulièrement concluante. Des cavaliers de la remonte habitent la même chambrée. Presque tous prennent la fièvre typhoïde. Leurs voisins sont indemnes. On examine l'eau ; on ne trouve rien de suspect. Les poussières des interstices du parquet de la chambre donnent au contraire des cultures des plus concluantes. Il paraît donc nécessaire de désinfecter avec un grand soin le parquet des casernes.

M. Laveran. On ne saurait trop insister sur l'influence des poussières dans la propagation des maladies contagieuses Aussi devrait-on non seulement désinfecter les parquets des casernes, mais surtout les remplacer par un enduit imperméable aux poussières et facilement désinfectable.

**Traitement de la lèpre par la sérothérapie.** — M. Olaya Laverde. On sait que la lèpre ne peut être transmise normalement aux animaux. Nous avons choisi comme animaux d'expérience l'âne, la chèvre et le mouton.

L'inoculation de sang de lépreux faite sur une première série d'animaux ne détermine même pas de réaction générale. 15 gr. de sang provenant de lépromes extirpés, et 25 gr. de lépromes triturés et filtrés furent injectés à une autre série. Cette fois il y eut une réaction violente. Huit jours après, on préleva du sérum à ces animaux. On injecta de 5 à 20 centimètres cubes tous les deux jours ; les malades ainsi traités 15 heures après l'injection eurent une forte réaction fébrile, avec sueurs profuses. Une trentaine d'injections furent faites chez de nombreux malades. Les symptômes de la lèpre furent considérablement améliorés, les infiltrations se résorbèrent, les indurations diminuèrent, les tubercules subirent une fonte purulente, les parésies musculaires cessèrent.

Ces faits se rapportent surtout aux malades à la deuxième période de la lèpre. — MM.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 6 octobre 1897*

**Intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.** — M. Quenu. S'il est vrai, comme l'a dit M. Broca, que la laparotomie doive être pratiquée dans certaines occlusions intestinales dont on ignore la cause, elle ne saurait

Digitized by Google

convenir à tous les cas. La création d'un anus artificiel réussit beaucoup mieux dans les occlusions soit par paralysie intestinale, soit par cancer intestinal, même haut situé; dans ce dernier cas, l'occlusion est due à une paralysie réflexe de l'intestin et une petite ouverture faite sur le cœcum forme une sorte de cheminée par où s'échappent les gaz. Il n'est pas rare alors de voir le cours des matières et des gaz se rétablir par en bas.

M. Kirmisson ne pense pas que la laparotomie d'emblée soit toujours justifiée. Il faut d'abord être fixé sur le diagnostic de la maladie, de sa cause et du siège de la lésion pour choisir le meilleur mode d'intervention. L'anus artificiel rend de grands services dans la majorité des cas.

M. Reclus. L'obstruction intestinale d'origine paralytique relève de l'anus artificiel ; lorsque celui-ci est établi, le gaz et la matières fécales passent souvent par le bas.

M. Berger. Le diagnostic de la cause de l'occlusion intestinale est parfois obscur, difficile même après la laparotomie ; il est certain que, dans ces cas, l'anus artificiel est surtout indiqué.

M. Segond. En présence d'une occlusion intestinale, le devoir du chirurgien est d'empêcher le malade de mourir et de réduire le traumatisme au minimum. L'anus artificiel remplit parfaitement ces deux indications, car il permet de rétablir d'urgence le cours des matières et de pratiquer ensuite une opération plus étendue, s'il y a lieu. L'occlusion intestinale n'est pas rare chez les hystérectomisées, par péritonite localisée avec coudure de l'intestin ou paralysie réflexe. L'anus artificiel ouvre une porte aux matières et permet d'attendre la guérison.

M. Nélaton. Nous manquons fréquemment d'éléments pour faire le diagnostic de la cause de l'occlusion. Le chirurgien se trouve en présence d'un malade affaibli, atteint de vomissements fécaloïdes, d'un météorisme énorme ; la palpation du ventre est impossible. L'anus artificiel rétablira le cours des matières et permettra ensuite un traitement rationnel. La laparotomie réussit surtout dans l'occlusion des brides, mais ce diagnostic est rarement possible.

M. Kirmisson. On doit avant tout se guider sur le diagnostic de la maladie, de sa cause et du siège de la lésion pour pratiquer l'opération indiquée. L'étude des commémoratifs des symptômes permet souvent d'arriver à un diagnostic complet.

M. Michaux. Tous les cas ne se ressemblent pas. L'occlusion intestinale chronique doit être traitée par l'anus artificiel surtout si l'obstacle siège sur le gros intestin. Dans les occlusions aiguës et si l'obstacle existe sur la partie supérieure de l'intestin grêle ou dans les invaginations intestinales, la laparotomie est préférable.

M. Bazy. Il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic de la cause ni celui du siège de la lésion ; la laparotomie est dangereuse chez les cancéreux et les malades affaiblis par une occlusion prolongée ; l'anus artificiel convient mieux dans ces cas.

M. Routier. Dans les occlusions aiguës, avec vomissements, météorisme, le diagnostic de la cause et du siège est le plus souvent impossible. Les uns, dans ce cas, conseillent la laparotomie, d'autres l'anus artificiel. Lorsque le diagnostic reste obscur et que le chirurgien arrive à une période rapprochée du début, la laparotomie vaut mieux que l'anus artificiel, sauf quand on suspecte un cancer Si la laparotomie est dangereuse, l'anus artificiel trop élevé ne l'est pas moins, car il ne rétablit pas le cours des matières.

M. Chaput. Le diagnostic de la cause est souvent impossible. La laparotomie avec une longue incision et le dévidement de l'intestin constitue une opération grave. L'anus artificiel est excellent dans les occlusions par tumeur de l'intestin et même dans les occlusions par paralysie, par brides, par invagination ou torsion intestinales, car il abaisse la tension dans l'intestin et permet ensuite le cours des gaz et des matières. — H. M.

## BIBLIOGRAPHIE

**La fatigue et l'entraînement physique**, par le Dr Tissié. 1 volume chez Alcan, éditeur.

Nous ne saurions mieux faire pour présenter ce livre à nos lecteurs que de citer la préface de M. le professeur Bouchard : « Je ne puis, dit-il, que vous remercier de l'honneur que vous me faites en inscrivant mon nom aux premières pages de votre ouvrage et vous féliciter d'avoir donné la synthèse de votre hardie, patiente et persévérante recherche des moyens par lesquels l'éducation physique peut accroître la puissance de l'homme. Cette dédicace, dont je suis grandement honoré, proclame la communauté de nos tendances et de notre doctrine. Elle m'est plus précieuse encore comme témoignage de nos sentiments d'affectueuse estime. Je souhaite bon succès à votre livre pour le bien de notre pays. » Nous ajoutons nos souhaits à ceux de M. le professeur Bouchard, car le travail de M. Tissié, que nous venons de lire avec un vif plaisir, est digne d'un succès mérité et certain.

**De l'alcoolisme**, par H. Barella, membre de l'Académie royale de Belgique (Société belge de librairie, Bruxelles).

Le but de ce livre est aussi exposé dans la préface par l'auteur lui-même. « Je n'ai voulu, dit-il, que tracer les grandes lignes de l'alcoolisme, réservant à un travail plus étendu l'étude détaillée des diverses questions qui se rattachent à l'alcoolisme et à l'antialcoolisme. J'ai fait l'exposé de nos connaissances à ce sujet brièvement, comme il convient à une œuvre de vulgarisation. Ce livre s'adresse à tous ceux qui s'intéressent au bonheur de leurs semblables, à tous les amis de l'hygiène morale et de l'hygiène sociale, à tous ceux qui s'affligent de la marée montante des misères humaines. » Nous ne pouvons que souhaiter un bon succès au travail de M. Barella, car son œuvre est bonne et on ne saurait trop applaudir à ses louables efforts pour combattre l'alcoolisme.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôtel-Dieu.* — M. le Dr Pierre Delbet

## Diagnostic précoce du mal de Pott

Lorsqu'on est frais émoulu des livres, lorsqu'on tient plus ses connaissances de l'étude des ouvrages de pathologie que des enseignements de la clinique, on s'imagine que la tuberculose vertébrale se traduit forcément par la grande triade symptomatique que Percival Pott a établie : déformation vertébrale, abcès par congestion, paralysie. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi. Vous commettriez bien des erreurs de diagnostic, et surtout vous ne feriez guère que des diagnostics trop tardifs si vous attendiez, pour affirmer l'existence d'un mal de Pott, l'apparition de ces divers symptômes cardinaux. Le diagnostic doit être posé avant que ces signes se manifestent, à la période initiale de cette redoutable affection, car c'est surtout dans ses premières phases qu'elle est accessible au traitement. Bien plus, le traitement doit avoir pour but principal d'éviter ces deux redoutables accidents que vous êtes peut-être tentés de considérer comme nécessaires au diagnostic, la gibbosité et les abcès. Il faut donc savoir reconnaître le mal de Pott avec le minimum de manifestations cliniques, et j'ai précisément pour but de vous montrer aujourd'hui qu'on peut souvent y parvenir en s'appuyant sur des symptômes si estompés qu'on les négligerait volontiers, ou si lointains qu'on serait tenté de les rapporter à toute autre cause.

Certes, cela n'est pas toujours possible : il y a des maux de Pott qu'on de peut pas dépister dans leurs phases initiales, pour cette bonne raison qu'ils passent inaperçus du malade lui-même. Le médecin n'est même pas consulté ; il n'a rien à se reprocher. Les cas de ce genre se rencontrent bien plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant.

Vous savez que, dans les formes régulières, la première manifestation du mal de Pott est une certaine raideur rachidienne s'accompagnant de douleurs locales ou irradiées, spontanées ou provoquées. Cette phase peut manquer complètement, et la première manifestation clinique dépend alors beaucoup du siège des lésions. Quand elles occupent la région dorsale, il n'est pas rare que la déformation vertébrale soit le premier symptôme qui attire l'attention des malades. On en voit qui ont déjà une ou deux apophyses épineuses saillantes, ce qui indique l'affaissement d'un ou deux corps vertébraux, quand ils demandent pour la première fois des soins médicaux. Le dos est la région des grandes déformations pottiques, et leur premier degré est souvent la première manifestation appréciable de la maladie.

Dans la région lombaire, les vertèbres aux corps plus larges et plus solides résistent davantage. La déformation est plus rare ou plus tardive. En revanche, les abcès par congestion trouvent, soit dans la gaine du psoas, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, une voie facile, un chemin tout tracé. Tandis que dans les lésions tuberculeuses de la région dorsale et surtout dorsale supérieure, les abcès restent souvent enfouis dans la profondeur du médiastin sans jamais devenir apparents, au contraire, dans les maux de Pott dorso-lombaires ou lombaires, l'abcès migrateur est souvent la première manifestation clinique. Vous verrez nombre de gens venir vous consulter pour une tumeur indolente qui s'est développée dans le pli de l'aine d'une manière si insidieuse qu'ils n'ont constaté son existence que par hasard. Dans les cas de ce genre les erreurs de diagnostic ne sont pas rares, et les plus étranges ont été commises. C'est ainsi que certains abcès froids auxquels l'artère fémorale communiquait ses battements ont été pris pour des anévrismes. D'autres ont été pris pour des hernies, ce qui s'explique à la rigueur, car l'abcès peut sortir du bassin par l'anneau crural et présente très nettement parfois les phénomènes de la réductibilité et de l'impulsion. L'erreur la plus commune consiste à croire qu'il s'agit d'un simple abcès ganglionnaire de l'aine. Aussi, messieurs, est-ce une règle de clinique dont il ne faut jamais se départir, de toujours explorer soigneusement la fosse iliaque quand on se trouve en présence d'une collection du triangle de Scarpa. En palpant la fosse iliaque, vous sentirez, s'il s'agit d'un abcès par congestion, la portion abdominale de cet abcès, et si, en continuant votre palpation méthodiquement de bas en haut, vous constatez qu'il remonte jusque dans la fosse lombaire, vous pourrez, rejetant toute idée de lésions de l'os iliaque, affirmer l'existence de son origine vertébrale. Souvent, sachez-le bien, vous n'aurez pas un seul autre symptôme pour faire le diagnostic de mal de Pott lombaire. Souvent, en effet, non seulement il n'y a aucun symptôme de compression médullaire ou radiculaire, non seulement il n'existe aucune déformation, mais en outre il est impossible par l'exploration la plus minutieuse de la colonne vertébrale d'y déterminer la moindre sensation douloureuse.

Ces faits là sont bien connus ; ils ne présentent aucune difficulté réelle. Ce n'est pas sur eux que je veux insister. Je veux vous parler des formes plus trompeuses où les premières manifestations sont d'origine nerveuse.

Ces manifestations sont de deux ordres : les uns consistent en accidents paralytiques, elles sont dues presque toujours à des lésions de la moelle ; les autres sont des phénomènes douloureux qui reconnaissent pour cause des lésions des racines rachidiennes, ce sont les pseudo-névralgies ou névralgies radiculaires. Ces deux ordres de manifestations sont souvent associés ; mais ils peuvent être complètement dissociés. En tout cas, pour plus de clarté, je les étudirai séparément.

Le début par des troubles uniquement moteurs s'observe surtout dans les maux de Pott de la région du cou. On pourrait même dire qu'il est presque spécial à cette région.

Vous savez qu'en règle la première manifestation du

Digitized by Google

mal cervical est une contracture musculaire qui immobilise la tête tantôt dans la rectitude, tantôt dans une attitude plus ou moins vicieuse. Aussi l'erreur, l'erreur classique si l'on peut ainsi parler, consiste-t-elle à prendre le mal de Pott au début pour un torticolis, erreur facile d'ailleurs à éviter. Je laisse ces faits de côté, c'est de la banalité courante.

On voit des malades chez qui les choses se passent tout autrement. Ceux-là n'attirent nullement l'attention sur leur colonne vertébrale, pas même sur leur cou. Non ; ils se plaignent uniquement de symptômes bien plus éloignés et par suite bien plus trompeurs.

Voici, en quelques mots, la relation d'un fait que j'ai observé tout à fait au début de ma carrière et qui a été pour moi d'un enseignement puissant. C'est lui qui a attiré vivement mon attention sur ce point. Depuis, je n'ai pas vu un cas de mal de Pott sans l'étudier soigneusement au point de vue nerveux et cela m'a permis de faire quelques constatations que je veux vous communiquer.

Il s'agissait d'un grand garçon de 25 ans dont les antécédents étaient très chargés. Rien, absolument rien, dans ses antécédents héréditaires. Mais l'une de ses sœurs était morte de phtisie et lui-même avait eu des accidents extrêmement graves de tuberculose pulmonaire dont il était d'ailleurs guéri. Ce garçon était un pianiste remarquable. Un beau jour, il vint me dire : « Je ne comprends rien à ce qui m'arrive : je ne suis plus maître des doigts de ma main droite, je manque des notes dans mes gammes. Je ne puis plus jouer les morceaux dont j'étais le plus sûr. » Aucune douleur, seulement une vague sensation de froid. Tout l'appareil symptomatique se bornait à une légère paresse des doigts, et cependant je suis convaincu que dès ce moment le diagnostic était possible, peut être même facile. Je ne l'ai pas fait, je n'ai même pas cherché à le faire. Croyant que le cas n'était pas de ma compétence, j'ai adressé le malade à un des plus distingués de mes collègues en neurologie. Celui ci ne fit pas le diagnostic plus que moi. Sans se prononcer sur la nature du mal, il conseilla un traitement électrique dont le résultat fut naturellement nul. La paralysie fit de lents progrès; sans jamais devenir complète, elle s'étendit aux muscles du bras, à ceux de l'épaule, puis aux deux membres inférieurs. Enfin, plusieurs mois après ce début obscur, parurent des phénomènes qui ne laissaient pas de doute sur l'existence d'un mal de Pott cervical. Heureusement, ce jeune homme est aujourd'hui guéri, mais peut-être aurait-il guéri plus vite si un diagnostic plus précoce avait conduit à instituer plus tôt un traitement convenable.

Voici un autre cas qui paraît presque calqué sur le premier, au moins pour les premières phases. C'était un pauvre diable de 32 ans, grand, maigre, épuisé par une vie pénible et que j'avais amputé pour une tumeur blanche tibio-tarsienne. Il était à Laënnec dans le service de M. Nicaise que je suppléais alors. Il allait partir pour Vincennes, guéri de son amputation, quand il me dit, un matin : « Depuis quelques jours j'ai de la peine à tenir ma cuiller pour manger la soupe. J'ai cru que je m'étais couché de travers, mais ça ne passe pas. » Celui-là n'était pas pianiste; il ne pouvait pas regretter d'avoir des trous dans ses gammes ; mais il se plaignait de ne pouvoir tenir solidement sa cuiller. Le milieu était changé, mais le symptôme était le même. Ce symptôme ne m'avait servi à rien chez le premier malade, il m'a conduit au diagnostic chez le second. Entre ces deux cas, quelques années s'étaient passées et j'avais étudié pas mal de maux de Pott. Voici comment j'ai procédé pour arriver au diagnostic. J'ai d'abord examiné la main ; il n'y avait pas d'atrophie musculaire appréciable; la paralysie avait donc précédé l'atrophie. Ce fait était capital, il prouvait qu'il ne s'agissait pas d'atrophie musculaire progressive, car, dans cette affection comme dans toutes les atrophies musculaires myélopathiques ou myopathiques, c'est le contraire qui se passe : l'atrophie précède la paralysie. Cette première constatation faite, j'ai allongé doucement la main du malade faisant reposer sa face dorsale dans la paume de la mienne, et ayant obtenu le relâchement de tous les muscles de l'avant-bras, j'ai donné une chiquenaude sur le tendon saillant du grand palmaire. Immédiatement la main malade a fait un brusque soubresaut en flexion. Les réflexes étaient manifestement exagérés. Cette exagération des réflexes prouvait, et c'est l'un des points sur lesquels je veux insister devant vous, que la parésie était d'origine centrale et non d'origine périphérique, qu'elle ne tenait ni à une lésion des nerfs, ni à une lésion des racines, mais qu'elle se rattachait à une lésion de la moelle elle-même. Il fallait donc examiner la colonne cervico-dorsale. C'est ce que je fis. Le malade n'avait rien remarqué de ce côté. Mais lorsque je l'invitai à faire des mouvements de rotation forcée de la tête, il lui sembla que les mouvements externes étaient gênés par une vague douleur. J'explorai les apophyses épineuses : rien de ce côté, ni déviation, ni douleur à la pression. Mais vous savez qu'en palpant profondément en avant des sterno-mastoïdiens on peut arriver sur le corps des 4e, 5e, 6e, 7e vertèbres cervicals. En procédant ainsi, je déterminai une douleur manifeste. Vous voyez, Messieurs, qu'en partant d'un symptôme bien lointain, bien insignifiant, j'étais arrivé à recueillir des signes, frustes à la vérité, mais dont l'association me permettait d'affirmer le diagnostic, mal de Pott cervico-dorsal. Ce pauvre diable n'a pas voulu rester à l'hôpital. Il est retourné dans son pays, voisin du mien, et y a succombé.

J'ai rapproché ces deux faits à cause de leur similitude. Mais en voici un troisième que j'ai observé entre les deux. Dans ce cas-là, je n'ai pas étudié les réflexes tendineux, parce que je n'étais pas encore arrivé à leur attacher l'importance capitale que je leur attribue aujourd'hui. Mais l'observation, bien qu'incomplète, est cependant intéressante.

Digitized by Google

On me présenta un jour un solide gaillard de 22 ans comme atteint d'une arthrite ou d'une péri-arthrite scapulo-humérale du côté gauche. Ce malade souffrait peu ou pas, mais il avait remarqué depuis un certain temps, qu'il ne pouvait préciser, que son bras devenait lourd. Les mouvements étaient pénibles, lents, particulièrement les mouvements d'abduction et de rotation externe. Ce sont, vous le savez, les mouvements qui sont les premiers limités dans les arthrites et les péri-arthrites scapulo-humérale. J'examinai donc l'articulation que le malade me présentait découverte. Ces mouvements spontanés étaient en effet limités, mais les mouvements provoqués étaient parfaitement libres. Aucune limitation de l'abduction, aucune limitation de la rotation externe. Les mouvements les plus extrêmes ne réveillaient aucune douleur, ne s'accompagnaient d'aucun craquement. Pas d'épanchement dans l'articulation ; pas de points douloureux sur la tête humérale ni sur le col de l'omoplate. Les chocs donnés sur le coude pour remonter l'humérus et faire cogner sa tête sur l'omoplate ne déterminaient non plus aucune douleur. Il devenait probable que la région de l'épaule ne devait pas être mise en cause. J'examinai alors les muscles. Le deltoïde était atrophié, mais peu, au contraire, le trapèze et le sus-épineux l'étaient extrêmement. Ceci prouvait que l'atrophie musculaire ne pouvait pas être attribuée à une lésion articulaire. Les *atrophies* musculaires réflexes déterminées par les lésions des articulations sont rapides, elles sont considérables, mais elles ne sont jamais arbitraires dans leur distribution topographique. Pour chaque articulation, il y a un muscle fragile, c'est celui-là qui est souvent le seul, toujours le premier et le plus atteint. Ce muscle fragile, c'est, en général, le muscle extenseur ; c'est le triceps fémoral pour le genou, c'est le deltoïde pour l'épaule, le deltoïde muscle abducteur — l'abduction est l'équivalent de l'extension. Dans le cas dont je vous parle, le deltoïde était moins frappé que le trapèze et le sus-épineux, il ne pouvait donc pas s'agir d'une atrophie réflexe d'origine articulaire. D'ailleurs, je vous l'ai dit, l'articulation était saine. Il fallait donc chercher autre part l'origine des accidents. Le cas devenait embarrassant.

Pour discuter toutes les hypothèses possibles, il faudrait non pas un chirurgien, mais un neulorogue. Je ne veux pas m'engager sur ce terrain que je connais mal, c'est à peine si j'ose y glisser un pied tremblant.

Voici comment je procédai. Je fis déshabiller le malade, de façon à pouvoir examiner tout le tronc. Je remarquai alors que du côté gauche, dont il ne se plaignait pas, vraisemblablement parce qu'on se sert moins du bras gauche, il existait une impotence et une paralysie moins marquée sans doute, mais cependant incontestable. Les lésions étaient donc symétriques. Cette symétrie permettait-elle de conclure *hic et nunc* que l'origine du mal était du côté de la moelle ou de la colonne vertébrale. Pas absolument. La myopathie scapulo-humérale du type Erb est habituellement symétrique et quelquefois plus accentuée d'un côté que de l'autre. Mais c'est une affection de l'adolescence, mon malade avait 22 ans. En outre, elle est très rare, et, en clinique, il faut toujours tenir son esprit éloigné du mirage des exceptions. Il était donc sinon certain, du moins singulièrement probable qu'il s'agissait d'une lésion médullaire. Mais quelle était cette lésion médullaire ? Je sais que M. Vulpian a décrit une atrophie musculaire progressive à type scapulo-huméral. Mais là encore, les phénomènes paralytiques l'emportaient de beaucoup sur les phénomènes atrophiques. C'est le contraire qui aurait eu lieu dans une atrophie musculaire progressive. Ainsi sans m'attarder à ces suppositions, j'examinai immédiatement la colonne cervicale inférieure. Je la trouvai légèrement raidie et manifestement douloureuse à la pression et je portai le diagnostic de mal de Pott, qui était le bon.

Passons aux cas où le début est marqué par des douleurs. Celle-ci peuvent être ou locales ou irradiées à distance. Les douleurs locales, loin d'être trompeuses, constituent au contraire un guide excellent pour le diagnostic. C'est, d'ailleurs, la forme habituelle, classique, je n'insiste pas. Les douleurs irradiées ne sont pas, elles-mêmes, toujours trompeuses. Ainsi les douleurs en ceinture, qui sont au premier chef des douleurs irradiées, des douleurs de radiculite ont le privilège d'éveiller dans l'esprit de tout médecin l'idée de lésions médullaires ou rachidiennes. On pense au tabes ou au mal de Pott et c'est assez d'y penser pour arriver facilement au diagnostic.

Ce sont les douleurs irradiées dans les membres inférieurs qui sont une véritable pépinière d'erreurs et même lorsqu'elles sont accompagnées de douleurs lombaires. Nous avions récemment à la salle Notre-Dame une femme de 63 ans, qui a commencé à souffrir en 1895 de douleurs vives dans les reins, dans les aines, dans les cuisses et jusque dans les mollets. Ces douleurs étaient plus violentes après les fatigues ; elles s'accompagnaient de fourmillements dans les jambes et d'un sentiment de faiblesse de tout le membre. En décembre 1896, elle alla demander une consultation à la Salpêtrière. D'après ce qu'elle nous raconte, elle fut très soigneusement examinée ; on palpa l'abdomen, on alla même jusqu'à faire le toucher vaginal. Et puis le résultat de tout cela fut qu'un lui prescrivit des bains sulfureux. Mais les douleurs s'accentuèrent, l'obligeant à renoncer à tout travail. En mars 1897, elle constata pour la première fois une grosseur sur la partie droite du ventre. L'augmentation progressive de cette grosseur la décida à se faire transporter à l'Hôtel-Dieu le 14 juin 1897. Je n'étais pas dans le service à ce moment, mais voici les renseignements qui m'ont été fournis par M. Cadol interne du service. L'état général de la malade était bon, mais l'impotence des membres inférieurs était devenue presque absolue. Dans la fosse iliaque existait un abcès volumi-

Digitized by Google

neux. D'ailleurs, les vertèbres ne présentaient aucune déformation : la pression sur les apophyses épineuses ne déterminait aucune douleur. L'abcès froid fut incisé et drainé par M. Cazin, et, quand je pris le service au mois de juillet, il ne restait qu'un trajet fistuleux suintant médiocrement. Les douleurs avaient à peu près disparu et, dans son lit, la malade pouvait assez librement remuer les membres inférieurs. Lorsqu'on m'a présenté cette malade, j'ai immédiatement étudié ses réflexes tendineux. Ceux-ci étaient manifestement exagérés : il existait de la trépidation épileptoïde ; la pression transversale des orteils amenait un léger mouvement de retrait du membre.

Messieurs, les cas de ce genre sont très fréquents, je pourrais bien facilement en multiplier les exemples, mais aussi bien inutilement. Celui-ci est en quelque sorte typique. C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent. Chez les femmes qui se plaignent de douleurs vagues dans les reins avec irradiations soit le long du crural, soit le long de l'obturateur, soit le long du sciatique, on pense tout de suite à une affection pelvienne parcequ'en effet, les rétrodéviations de l'utérus, les lésions des annexes peuvent donner lieu à des sensations analogues. Chez l'homme, on penche vers la névralgie, et comme c'est le plus souvent dans la région postérieure de la cuisse que se localisent les douleurs, on admet l'existence d'une sciatique. Le nombre d'erreurs de diagnostic auxquels la sciatique sert d'étiquette est incroyable.

Les maux de Pott cervico-dorsaux peuvent aussi débuter, bien que le cas soit plus rare, par des phénomènes douloureux. J'ai vu un malade qui a été soigné longtemps pour du rhumatisme des épaules.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de parésies, qu'il s'agisse de phénomènes douloureux, si lointains et si vagues que soient les premiers symptômes, je crois qu'on peut presque toujours arriver, dès le début, à poser le diagnostic.

Alors que les phénomènes paralytiques ou parétiques constituent le premier et le seul symptôme, surtout lorsque l'impotence fonctionnelle porte sur la main ou même sur l'épaule, on pourrait croire à une atrophie musculaire progressive. Pour éliminer cette hypothèse, une simple constatation vous suffira. Examinez les muscles impotents, vous constaterez qu'ils sont plus paralysés qu'atrophiés. C'est l'impotence qui domine. L'atrophie est peu accentuée et même au début elle manque complètement. C'est la paralysie qui est la première en date et la première en importance. Elle précède l'atrophie, et, lorsque celle-ci existe, elle la prime. Cette simple constatation, comme je vous le disais en relatant mon second cas, est d'importance capitale. Elle prouve qu'il ne s'agit pas d'une maladie à type atrophie musculaire : car dans ces atrophies musculaires, qu'elles soient d'origine myélopathique ou myopathique, c'est précisément le contraire qui se passe, l'atrophie précède la paralysie et vous savez que dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne tant qu'il reste dans ces petits muscles atrophiés un faisceau sain, ce faisceau se contracte.

Vous n'êtes pas encore bien avancé dans le diagnostic, mais cependant vous avez déjà franchi une étape, et vous l'avez franchi bien simplement, par le simple examen du muscle avec vos yeux, avec vos doigts.

Restons pour le moment à cette première étape, car la seconde doit se franchir de la même façon qu'il s'agisse de manifestations motrices ou de manifestations douloureuses, de paralysies ou de névralgies.

Etudions donc les cas à début douloureux. Y a-t-il quelque signe qui puisse donner l'éveil, conduire à penser qu'il ne s'agit pas d'une névralgie vulgaire, mais bien d'une lésion radiculaire, d'une pseudo-névralgie comme on dit. Je suppose le cas le plus embarrassant, celui où il n'y a pas de trouble paralytique apparent. Même dans ces cas-là un examen attentif permettra de relever certains signes évocateurs.

En étudiant soigneusement les malades, vous constaterez que le siège des douleurs ne concorde pas avec la distribution topographique des nerfs périphériques. Vous savez qu'en sortant des trous de conjugaison, les racines rachidiennes s'entrecroisent et s'enchevêtrent de telle façon qu'un tronc nerveux périphérique peut renfermer des fibres venant de toutes les racines, qui entrent dans la composition du plexus dont il naît.

Pourquoi cette disposition qui paraît si étrange ? Elle a une raison fort simple. Dans la moelle sont échelonnés des centres, qui sont dans une certaine mesure fonctionnels, c'est-à-dire qu'ils commandent à des fonctions non seulement de la vie végétative, mais aussi de la vie de relation, comme la préhension, par exemple. Au contraire, la distribution des nerfs périphériques n'a absolument rien de fonctionnel, elle est purement topographique. Un même nerf innerve des muscles concourant à des mouvements très différents et même opposés. Ainsi le nerf radial commande à la fois les extenseurs de la main et le long supinateur, fléchisseur de l'avant-bras. Les fibres sortant de la moelle suivant un groupement fonctionnel, tandis que les cordons nerveux qui les conduisent à destination ont et ne peuvent avoir qu'une distribution purement topographique, il faut nécessairement que les fibres nées de la moelle s'entrecroisent, s'enchevêtrent en plexus avant de gagner les troncs qui les conduisent à destination. Il en résulte que les troubles moteurs engendrés par une lésion nerveuse ont un caractère d'autant plus fonctionnel que cette lésion siège plus près de la moelle, d'autant plus topographique qu'elle est plus périphérique.

Cette formule est évidemment inapplicable aux troubles sensitifs, mais on peut dire et cela est équivalent que la répartition topographique de ces troubles concorde d'autant moins avec la distribution des nerfs périphériques que la lésion siège plus haut. Ainsi, par exemple, dans les cas

Digitized by Google

de sciatique légitime, le domaine de ce nerf est pris tout entier et surtout il l'est seul. Au contraire, s'il s'agit de radiculite pottique, les douleurs ne porteront que sur une partie du domaine du sciatique, la cuisse, par exemple, et en outre elles s'étendront à certains points du territoire d'autres nerfs, le crural, l'obturateur.

Voilà donc un premier point important du diagnostic. Les irradiations douloureuses ne concordent pas parfaitement avec la distribution connue des nerfs périphériques.

En voici un second. On ne trouve pas, en général, sur le trajet des nerfs les points douloureux qui sont si nets dans la névralgie ordinaire, voici pourquoi. Dans les névrites ou névralgies ordinaires, c'est le nerf qui est lui-même malade, il est donc tout naturel qu'il réagisse douloureusement à la pression directe. Par contre, dans les névralgies radiculaires, les racines sont malades, mais le nerf ne l'est pas. La sensation douloureuse est perçue à la périphérie, et elle serait encore perçue à la périphérie même chez un amputé, mais le nerf n'étant pas malade lui-même, il n'y a aucune raison pour qu'il réagisse douloureusement à la pression.

1° Discordance entre la localisation de la douleur et la distribution topographique des nerfs ; 2° absence de points douloureux sur le trajet des nerfs supposés malades, ces deux signes doivent vous conduire à penser qu'il *s'agit d'une* lésion radiculaire.

Mais quelle est cette lésion, voilà la question qu'il faut alors poser.

Dans le mal de Pott, il arrive, mais il est très rare que la moelle reste intacte quand les racines sont atteintes. Je ne parle pas naturellement des maux de Pott qui siègent au-dessous de la 2e vertèbre lombaire. La moelle ne peut pas être atteinte en ce point pour cette bonne raison qu'elle n'existe plus. Les accidents nerveux ne peuvent être dus qu'à des lésions des nerfs de la queue de cheval. Mais, dans les régions où la moelle existe, il est bien rare qu'elle soit absolument intacte quand un mal de Pott détermine des compressions radiculaires.

Il faut donc chercher à savoir si la moelle est atteinte. C'est là la seconde étape du diagnostic ; étape capitale que vous franchirez de la même façon qu'il s'agisse d'accidents moteurs ou d'accidents sensitfs.

Explorez les réflexes profonds et particulièrement les réflexes tendineux. Si vous les trouvez exagérés, c'est que la moelle est atteinte, car le réflexe est fonction médullaire.

Sans doute, il faut pour qu'il puisse se manifester au dehors que les voies de conduction centripètes et centrifuges soient en état de fonctionner. Une altération profonde de ces conducteurs, c'est-à-dire des nerfs, pourra donc modifier les réflexes, mais seulement en les gênant, c'est-à-dire en les diminuant ou en les supprimant ; jamais elle ne pourra les exagérer.

Dans toutes les névrites ou névralgies, les réflexes, s'ils sont modifiés, sont diminués ou abolis. Il en est ainsi dans les polynévrites infectieuses, même dans celles qui évoluent sous forme de paralysie spinale antérieure, même dans les formes sensitives. Il en est ainsi dans les paralysies dues à l'intoxication mercurielle, dans le béribéri, dans les paralysies ou atrophies saturnines. M. Babinsky a récemment démontré qu'il en est de même dans les névralgies sciatiques vulgaires. Dans cette affection le réflexe du tendon d'Achille est rapidement diminué ou supprimé.

Donc, encore une fois, dans toutes les névrites périphériques, qu'elles se traduisent cliniquement par de la paralysie ou de la douleur, les réflexes tendineux sont ou normaux, ou diminués ou abolis, mais ils ne sont jamais augmentés.

Que faut-il en conclure ? C'est que, toutes les fois que vous trouverez les reflexes tendineux exagérés, vous devez immédiatement penser que la moelle elle-même est atteinte : l'altération de la moelle pouvant d'ailleurs être primitive ou secondaire à des lésions des méninges.

L'inverse est-il exact ? Si l'exagération des reflexes prouve que la moelle est atteinte, leur diminution ou même leur intégrité prouve-t-elle que la moelle est intacte ? Il est bien évident que non. Il y a des maladies de la moelle comme le tabes qui amène une diminution ou une suppression de réflexes. D'autre part, il est probable que dans certaines circonstances les altérations des conducteurs, c'est-à-dire des troncs nerveux, peuvent empêcher les réflexes de se traduire au dehors, alors même que l'excitabilité des centres est exagéré. M. Babinsky a soutenu que, chez les gens profondément cachectiques, les réflexes peuvent être diminués alors même qu'il existe du côté de la moelle des lésions qui, chez d'autres, suffiraient à les exagérer. Tout cela est exact, mais n'a pas grand intérêt pour le cas que je vise. Je pense que dans le mal de Pott, la période cachectique ultime mise à part, quand les réflexes sont normaux, il est singulièrement probable que la moelle est intacte.

En somme, quand, chez un malade qui présente les symptômes dont je vous ai parlé, les réflexes sont normaux ou diminués, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'une lésion périphérique ; quand, au contraire, les réflexes sont exagérés, si on a éliminé l'hystérie, on peut être à peu près certain que la lésion est centrale, que la moelle est touchée.

Voilà donc un signe bien précieux et bien facile à constater, qui ne nécessite aucun appareil, aucun instrument. Mais, pour qu'il ait une grande valeur pratique, il faut qu'il soit précoce.

L'est-il ?

Eh bien ! messieurs, je n'hésite pas à vous l'affirmer, c'est un signe d'apparition précoce, très précoce.

Dans le mal de Pott, la plus légère compression médullaire, ou plutôt les premiers troubles vasculaires déterminés par la pachyméningite tuberculeuse amènent une

Digitized by Google

hyperexcitabilité des centres médulaires qui se traduit par une exagération des réflexes. Cette exagération non seulement je l'ai constatée chez des malades qui n'avaient que des douleurs légères ou une impotence insignifiante, mais en la recherchant systématiquement depuis quatre ans chez tous les pottiques, je l'ai trouvée sur des malades qui ne se plaignaient d'aucun trouble du côté des membres, si ce n'est peut-être d'un peu de fatigue. C'est donc un signe très précoce. Il précède la paralysie.

Si, dans les cas dont je vous ai parlé, il permet de faire le diagnostic du mal de Pott dès le début, en outre il permet souvent, alors que le diagnotic est déjà bien établi, de prédire la paralysie, qui ne s'est pas encore manifestée.

Voici dans quel ordre évolue l'exagération des réflexes. La première manifestation, c'est l'exagération en étendue et en brusquerie du mouvement involontaire produit par le choc sur le tendon. Tapez sur le tendon du grand palmaire et vous verrez la main se porter vivement en forte flexion ; tapez sur le tendon du triceps brachial au-dessus de l'olécrâne, et l'avant-bras va dessiner un grand mouvement d'extension ; tapez sur le tendon rotulien, et la jambe s'étendra violemment. A ce moment la trépidation épileptoïde manque. Mais bientôt elle va paraître. Il faut d'abord certains artifices pour la produire. Si vous vous contentez de porter le pied en flexion forcée et les orteils en extension, vous ne le provoquerez pas. Mais, si, maintenant le pied en flexion forcée vous donnez sur le tendon d'Achille bien tendu, deux, trois, quatre, cinq coups rapides, ou même davantage, la trépidation épileptoïde apparaîtra, et chose curieuse, comme s'il se produisait une sorte d'entraînement. Quand vous l'aurez fait paraître par l'artifice que je viens de vous indiquer, vous pourrez, dans les instants qui suivront, la faire reparaître par la simple flexion brusque du pied. Plus tard, la simple flexion du pied suffit à la produire sans qu'il soit besoin de recourir à aucun artifice préalable. Dans les premiers temps, la trépidation est de courte durée, il se produit seulement deux, trois, quatre secousses. Puis le nombre de celles-ci va en augmentant, et enfin la trépidation devient indéfinie, c'est-à-dire que les secousses continuent tant qu'on maintient le pied fléchi, pour ne cesser que quand on le laisse retomber en extension.

A ce moment, l'exagération des mouvements, sous l'influence des chocs portés sur les tendons, devient énorme, et, si on répète ces chocs assez rapidement, sans aucun appareil, tout simplement avec le bord cubital de la main, on tétanise le muscle. S'il s'agit du tendon rotulien, on amène ainsi une contracture du triceps qui maintient la jambe quelque temps en extension.

A cette période tardive, il est un autre réflexe profond qu'on voit apparaître. C'est un mouvement de retrait du membre déterminé par la pression transversale des orteils. On saisit successivement chaque orteil entre le pouce et l'index, et on le serre dans le sens transversal vigoureusement, mais avec modération cependant, c'est-à-dire d'une façon qui, chez un individu normal, ne détermine aucune douleur. Sous l'influence de cette pression, on voit le membre ébaucher un mouvement de retrait qui devient même très brusque dans les cas avancés. Ce réflexe, je l'ai étudié chez les chiens, dans des expériences que j'ai faites en 1892, sur les traumatismes médullaires, et je l'ai retrouvé chez un grand nombre de pottiques. J'ai dit qu'il fallait serrer successivement tous les orteils, car il n'est pas rare que la pression d'un orteil ne détermine rien, tandis que celle de l'orteil voisin amène un mouvement très apparent.

Enfin, il vient un moment où le malade peut déterminer lui-même la trépidation épileptoïde. Lorsqu'il fait volontairement un mouvement de flexion forcée du pied, la trépidation s'établit. Vous voyez donc que cette trépidation peut exister au plus haut degré sans qu'il y ait de paralysie.

Ici, messieurs, je suis obligé de vous dire un mot des diverses variétés de paralysies, car il surgit une question de nomenclature un peu délicate. Vous savez que l'on distingue deux variétés de paralysies, les paralysies flasques où les muscles paralysés sont relâchés, les paralysies avec contractures où les muscles sont en état de contracture, soit tonique soit clownique. Cette division est très nette. Mais il y a les cas intermédiaires, et dans quelle catégorie classer ces faits, comme ceux dont je viens de vous parler, où les muscles sont flasques, mais où les réflexes sont exagérés. Je vois que dans certains ouvrages de neurologie on emploie l'expression de paralysie flasque pour désigner seulement les cas où il n'y a ni contraction permanente, ni exagération des réflexes ; c'est-à-dire que l'on range dans les paralysies avec contracture, celle où il y a exagération des réflexes sans contracture permanente. C'est peut-être aller loin. Il est bien évident que l'exagération des réflexes est un acheminement vers la contracture, mais tant que la contracture n'existe pas, on ne peut cependant pas dire que la paralysie soit avec contracture. Le muscle est relâché en permanence, il reste relâché tant qu'une circonstance extérieure ne vient pas l'exciter brusquement, on ne peut donc pas dire qu'il soit contracturé.

Je crois donc qu'entre les paralysies vraiment flasques et les paralysies avec contractures, il faut faire une place intermédiaire pour les paralysies flasques avec exagération des réflexes.

S'il s'agissait d'une simple question de mots, je n'y aurais pas tant insisté, mais vous allez voir qu'il y a là une question pratique qui a un grand intérêt au point de vue du pronostic.

Vous savez qu'on admet en général que les contractures indiquent une dégénérescence du faisceau pyramidal, qu'elles sont par conséquent d'un pronostic très grave.

En est-il de même de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde ? La précocité d'apparition de ces

Digitized by Google

symptômes donne à penser qu'ils peuvent se produire sans lésions bien profondes de la moelle. Mais il y a bien des degrés dans l'exagération des réflexes. Les formes avancées, où la trépidation épileptoïde se produit indéfiniment, où les chocs répétés tétanisent le muscle, sont bien voisins de la contracture permanente. Comportent-elles le même pronostic ? Cela n'est pas probable, *a priori*, puisque l'exagération des réflexes peut atteindre les limites les plus extrêmes, sans qu'il y ait de paralysie. Voici des faits qui vont nous renseigner sur ce point délicat.

Il y a quatre ans, j'avais dans le service de l'hôpital Laënnec, où je remplaçais mon maître M. Nicaise, une jeune fille complètement paraplégique, chez qui les réflexes étaient énormément exagérés. La moindre flexion du pied déterminait une trépidation épileptoïde qui ne s'éteignait pas tant que le pied était maintenu en flexion. Cette jeune fille avait un abcès dans le dos, il y avait lieu de croire, pour des raisons inutiles à dire ici, que la tuberculose portait uniquement sur l'axe postérieur des vertèbres, qu'il s'agissait d'un mal de Pott postérieur opératoirement curable. Mais, avant d'entreprendre l'opération, je voulais savoir s'il y avait chance de guérir la paralysie, si cette énorme exagération des réflexes n'indiquait pas, comme la contracture permanente, une lésion incurable de la moelle. Je m'adressai à plusieurs de mes collègues, neurologues éminents, mais aucun d'eux ne voulut se prononcer sur ce point. Dans le doute, je ne me suis pas abstenu, j'ai opéré la malade. J'ai réséqué l'arc postérieur de deux vertèbres dorsales, ainsi que les fongosités intra-rachidiennes qui adhéraient étroitement à la dure-mère, et la malade a parfaitement guéri. La paralysie a disparu complètement et, quand la jeune fille a quitté l'hôpital quelques mois après, non seulement elle marchait sans appui, mais elle courait et dansait avec une grande légèreté. Chose curieuse, alors même qu'elle avait recouvré l'intégrité de ses mouvements, la moelle restait hyperexcitable, les réflexes étaient encore très exagérés, on pouvait facilement produire quelques secousses de trépidation épileptoïde.

Dans un autre cas, celui que je vous ai cité au début de cette leçon, la paralysie n'était pas complète, mais l'exagération des réflexes a atteint un degré énorme. On obtenait facilement le tétanos des muscles par des chocs répétés sur les tendons : le malade, en fléchissant volontairement son pied, déterminait une trépidation épileptoïde indéfinie, et cependant la paralysie ne s'est jamais complétée. Dans ce cas-là, comme dans le précédent, quand la guérison s'est produite, l'exagération des réflexes a persisté après le retour de l'intégrité motrice.

Vous le voyez donc, l'exagération des réflexes est le symptôme qui paraît le premier, et qui disparaît le dernier. Il prouve que la moelle est atteinte, mais pas du tout que l'atteinte soit profonde. Il ne comporte pas un pronostic grave : la guérison est possible lorsqu'il a atteint ses plus extrêmes limites.

Après cette excursion du côté du pronostic, je reviens au diagnostic. Vous vous rappelez quelles sont les conditions supposées : Un malade se plaint de phénomènes parétiques ou douloureux ; il s'agit de savoir s'il a une lésion médullaire ou une lésion périphérique. Nous avons interrogé les réflexes. — Quelles conclusions pouvons-nous tirer de leur étude ? Voici :

La parésie ou paralysie flasque avec exagération des réflexes indique une lésion médullaire.

La paralysie flasque sans douleur et sans exagération des réflexes indique presque sûrement une lésion périphérique.

Les phénomènes douloureux avec exagération des réflexes indiquent une lésion radiculo-médullaire.

Les phénomènes douloureux avec diminution des réflexes doivent faire penser à une lésion périphérique, mais ne prouvent pas absolument l'intégrité de la moelle.

Vous pouvez donc le plus souvent, par la simple étude des réflexes, reconnaître qu'il s'agit d'une lésion médullaire ou radiculo-médullaire. Certes, cela ne prouve pas qu'il s'agisse d'un mal de Pott. Il reste encore à reconnaître la nature de la lésion. Votre diagnostic n'est donc pas complet, il ne s'en faut de beaucoup théoriquement, mais il s'en faut de bien peu pratiquement.

Quand vous aurez ainsi l'attention éveillée, quand vous serez remonté de symptômes périphériques lointains à la lésion médullaire, centrale, vous examinerez la colonne vertébrale, et par un examen minutieux vous trouverez presque toujours quelque signe qui vous permettra d'affirmer le mal de Pott. Là, comme pour tant d'autres choses, il n'y a que le premier pas qui coûte : les tumeurs de la moelle ou des méninges peuvent offrir des difficultés de diagnostic insurmontables, mais ces tumeurs sont si rares, et les maux de Pott sont si fréquents que dans les cas douteux, les probabilités sont toujours en faveur de ce dernier. Quant aux myélites, hormis les cas exceptionnels, elles ne présentent pas de grandes difficultés. Je n'ai pas l'intention de nous exposer ici le diagnostic différentiel des myélites et du mal de Pott. Nous ne voyons guère commettre d'erreur de diagnostic de ce genre. L'erreur fréquente courante consiste à prendre un mal de Pott au début pour des douleurs rhumatismales, pour des névralgies, et cette erreur qui dure quelquefois des mois et même des années est très préjudiciable aux malades, car elle conduit à instituer des traitements électriques, révulsifs, balnéaires, hydrothérapiques qui ne peuvent avoir sur le mal de Pott qu'une influence néfaste. C'est de cette erreur que j'ai voulu vous garer.

Je vous ai montré, j'espère, qu'on peut presque toujours l'éviter, et par des moyens bien simples. Je ne vous ai parlé, en effet, ni de courants galvaniques, ni de courants faradiques, ni de réactions de dégénérescence. Ce n'est pas, Messieurs, que je fasse fi de l'exploration électrique. Il ne faut dédaigner aucun moyen d'exploration. Toutes les constatations que les moyens permettent d'

Digitized by Google

faire augmentent la somme des données auxquelles nous pouvons appliquer notre raisonnement; elles posent mieux le problème, elles diminuent les chances d'erreur dans nos conclusions. L'exploration électrique est certainement capable de fournir des renseignements très précieux; mais tout le monde ne peut pas le faire : elle nécessite des instruments compliqués, elle exige une expérience particulière, elle n'est pas du domaine de la clinique courante, et j'ai eu précisément pour but de vous montrer que même dans les cas les plus trompeurs on peut arriver à dépister le mal de Pott dès ses premières phases par des moyens d'exploration qui ne nécessitent aucun instrument et sont à la portée de tous.

## Formulaire du Praticien

### La pepsine en thérapeutique

Introduite par Corvisart dans la thérapeutique, la pepsine se présente sous l'aspect d'une poudre fine, d'un blanc jaunâtre à peu près insipide et d'une odeur qui rappelle celle de la présure. Elle est soluble dans l'eau. Après avoir joui d'une vogue considérable dans la thérapeutique, son emploi est aujourd'hui abandonné par la majorité des praticiens; cependant M. Albert Robin (*Traité de thér. appliquée*) essaie de réhabiliter ce médicament déchu, qui, d'après lui, a ses indications formelles et ne doit pas être rejeté.

Les arguments donnés par les adversaires de la pepsine sont d'abord que, la sécrétion de la pepsine et de l'acide chlorhydrique dans l'estomac étant connexes, qui juge la sécrétion du second, juge aussi la sécrétion de la pepsine. Ensuite, Bourget pose en principe que dans les estomacs les plus malades, la pepsine ne fait presque jamais défaut, il est donc inutile d'en ajouter. D'ailleurs, d'après Georges (*Arch. méd. exp.*, 1890), la pepsine, expérimentalement, est dépourvue de puissance digestive, elle peut même être nuisible. Haidenhain et Ebstein considéraient que la muqueuse stomacale ne fabrique pas de pepsine, mais un produit spécial, la propepsine, qui se transforme en la première sous l'influence de HCl. Comme la propepsine ne manque jamais, il suffit dans un estomac pauvre en pepsine, d'ajouter de l'HCl.

Contre ces arguments, il faut faire remarquer que dans les fièvres, la sécrétion de HCl s'arrête, et pourtant, dans ces conditions, la pepsine se rencontre encore dans l'estomac. D'autre part, les variations de l'acide chlorhydrique n'impliquent pas des variations parallèles de la pepsine, et peut-être même ces deux sécrétions ne se font-elles pas dans la même cellule. Enfin, ajoute M. Albert Robin, on ne peut pas conclure des digestions artificielles à ce qui se passe dans l'estomac humain, et l'observation ayant démontré l'utilité de la pepsine dans certaines dyspepsies, il faut encore se servir de ce médicament. Hayem a vu la pepsine et l'HCl faire réapparaître l'HCl libre préalablement absent dans 2 cas sur 6. Bouveret associe également l'HCl à la pepsine dans le catarrhe chronique de l'estomac.

D'après A. Robin, la pepsine est indiquée chez les dyspeptiques qui ont une pepsinurie continue aussi bien avant qu'après le repos, ou qui n'ont jamais de pepsinurie.

La pepsine à préparer doit être fraîchement préparée. Le Codex en distingue deux formes : la *pepsine extractive* dont 0 gr. 20 peptonisent 10 gr. de fibrine, et la *pepsine médicinale* dont 0;60 peptonisent 10 gr. de fibrine. La première seule est réservée aux préparations liquides.

On peut donner du sirop de pepsine, une cuillerée à bouche au milieu des repas, dans les dyspepsies hypersthéniques sans fermentations lactiques. L'élixir de pepsine est une excellente préparation dans les dyspepsies par insuffisance.

Les cachets sont indiqués dans les dyspepsies avec fermentations acétique ou lactique ou dans les hypersthénies gastriques. On formule :

Pepsine..... 0.50 centig. à 1 gr.
Pour 1 cachet.

A prendre au milieu du repas ou :

Pepsine..... 0.50 centigr.
Maltine..... 0.10 —
Pour 1 cachet.

Ou :

Pepsine.....
Pancréatine..... } aa 0.15 centigr.
Maltine.....
Pour 1 cachet.

M. Huchard formule ainsi :

Maltine..... 0.10 centigr.
Pepsine..... 0.15 —
Magnésie calcinée..... 0.15 —
Bicarbonate de soude..... 0.15 —
Sucre..... Q. s.
Pour 1 cachet au repas.

On peut encore formuler ainsi :

Pepsine..... 10 grammes
Diastase..... 5 —
Chlorhydrate de cocaïne.... 1 —
Sirop d'écorces d'oranges... 100 —
Vin de Grenache..... 400 —
Prendre un verre à liqueur.

Chez les nourrissons dyspeptiques, Malbec conseille après chaque tétée une cuillerée à café de la potion suivante :

Pepsine..... 1 gramme
Acide lactique..... 2 —
Sirop de limon..... 30 —
Eau distillée..... 90 —

Bien entendu, il faut absolument éviter de donner, en même temps que la pepsine, des médicaments antagonistes, tels que la créosote, le chloral, le sublimé, le tanin, l'acide gallique, les sels de fer solubles, l'atropine, le phénol. — M. D.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Traitement médical du goitre exophtalmique.** — Dans un précédent numéro, nous avons publié deux articles remarquables sur la chirurgie des goîtres, l'un de M. Schwartz, l'autre de M. Poncet. Cette question semble donc revenir en honneur, et nous hésiterions à en reparler si, dans son article, M. Poncet n'avait dit que le traitement médical doit précéder le traitement chirurgical dans la maladie de Basedow.

Or, nous croyons être utile à nos lecteurs en leur mettant sous les yeux le traitement médical actuel du goître exophtalmique, travail qui nous sera facilité par la lecture de la thèse de M. Blottière (Paris, 1897) à laquelle nous ajouterons quelques documents nouveaux. Du reste, cette question a été magistralement traitée dans notre journal, dès 1887, par M. Liégeois.

Il existe deux thérapeutiques du goitre exophtalmique : l'une, la thérapeutique *pathogénique*, variable suivant la conception que l'on se fait de la nature de la maladie; l'autre, la thérapeutique *symptomatique*, la seule qui, jusque maintenant, semble bien assise et rallie la majorité des suffrages. Envisageons donc ces deux thérapeutiques.

I. — Thérapeutique pathogénique. — Elle est différente, suivant que l'on considère la maladie de Parry-Graves comme une névrose ou comme un complexus symptomatique dépendant de l'intoxication thyroïdienne. Dans le premier cas, on conseille les mesures hygiéniques générales contre les troubles nerveux, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, et les antinervins. Trousseau préconisait le bromure de potassium à doses assez élevées, 2 à 6 gr. M. Huchard a vu dans certains cas l'antipyrine produire de bons résultats. Les bromures agissent comme hypnotiques et sédatifs. Nous alternons ces deux médications, huit jours chacune, et dans plusieurs circonstances, sans pouvoir expliquer le fait, nous nous sommes bien trouvés d'ajouter à l'antipyrine du sulfate de quinine à faible dose de 0 25 à 0,50 centig. *pro die* en formulant des cachets composés des deux médicaments. Cette alternance des deux médications, bromure et antipyrine, permet d'éviter les accidents d'intolérance qui se produisent assez fréquemment quand on continue pendant assez longtemps l'une ou l'autre médication. Friedreich recommandait l'emploi longtemps continué du sulfate de quinine à doses de 0,50 à 0,80 centigr.

L'hydrothérapie est très importante dans la maladie de Basedow ; on doit toujours débuter par des douches tièdes ou même un peu chaudes, les douches froides d'emblée sont peu recommandables et on ne doit y arriver que progressivement. On n'emploiera que des douches quotidiennes très courtes, de 25 à 30 secondes au début, au maximum. Le traitement hydrothérapique devra être longtemps continué.

Les cures d'air ou d'altitude sont parfois excellentes, et nous avons vu des basedowiens très améliorés par un séjour assez prolongé dans des endroits où l'altitude n'est pas très élevée. Il faut remarquer toutefois que les hautes altitudes sont contre indiquées, le climat doit être autant que possible tempéré. Le séjour du bord de la mer est parfois des plus néfastes pour les basedowiens.

L'hypothèse que la maladie de Parry-Graves est sous la dépendance des troubles fonctionnels du corps thyroïde a rallié la majorité des suffrages, et de là sont nées deux thérapeutiques : l'une par l'organothérapie thyroïdienne ou thymique (le thymus passant à tort ou à raison pour être antagoniste du corps thyroïde); l'autre recherchant à agir localement, ou par une médication générale à agir sur le corps thyroïde dont le fonctionnement est défectueux.

Si l'opinion de Johnston, à savoir que la maladie de Basedow est due à une hyperthyroïdisation, et que le myxœdème est le résultat d'une hypothyroïdisation, si cette opinion était exacte, il n'y aurait rien de plus simple que d'en déduire une thérapeutique rationnelle ; mais Babinski, Félix, ont montré la possibilité de la coexistence du myxœdème et de la maladie de Basedow et Bruns a obtenu des guérisons de goitre exophtalmique par des injections thyroïdiennes. Après lui, Fergusson, puis Jules Voisin ont présenté des cas où la médication thyroïdienne avait eu d'heureux effets, et depuis, les observations se sont multipliées : celles de Burns, de Marin (de Neufchâtel), d'Arnozan, Mais, à côté de ces faits, combien d'échecs et même de désastres : tels sont les cas de Cauter, de Silex, de Sérapine, de Hock. Jules Voisin explique ainsi ces résultats différents : L'hyperthyroïdisation n'est pas la seule cause du goitre, il y a probablement une sécrétion anormale aussi bien au point de vue qualitatif qu'au point de vue quantitatif ; dans certains cas, l'alimentation thyroïdienne détruirait vraisemblablement les toxines que le corps thyroïde malade a versées dans l'économie ; dans d'autres, cette alimentation suppléerait à une insuffisance partielle du corps thyroïde. Donc, en ingérant du suc thyroïdien normal, on ferait cesser les symptômes dûs à une intoxication par le suc altéré de la glande malade. P. Marie propose une autre interprétation : il y a les goitres exophtalmiques à début brusque, ce sont les vrais, et il a les goitres basedowifiés, ces derniers seuls seraient améliorés par l'alimentation thyroïdienne. Quoi qu'il en soit, l'organothérapie thyroïdienne étant entrée dans la pratique courante, il faudra toutefois être prudent dans son administration, car il semble que la médication soit accumulative, on a observé des cas de

Digitized by Google

thyroïdisme aigu, et la mort subite par syncope. Le pouls mobile rapide, instable est une indication à cesser la médication (Béclère).

Quant à l'amaigrissement qui peut survenir parallèlement à l'organothérapie thyroïdienne, il est difficile de savoir s'il faut le mettre sur le compte de la médication ou de la maladie, car on sait que les basedowiens ont des crises d'amaigrissement tout à fait spéciales, crises sur lesquelles a d'ailleurs beaucoup insisté M. Huchard (*Journal des Praticiens* 1897, n° 8). L'amaigrissement évoluant par crises peut bien exister du fait de la maladie mais il peut être déterminé par la médication : ce qui fait que l'on devra toujours être prudent lorsque ce symptôme se présentera.

Tout récemment, M. Brian (*Lyon méd.*, sept. 97), ayant expérimenté l'iodothyrine, pense qu'elle peut rendre des services dans le traitement médical des goitres, mais seulement dans une catégorie restreinte : les petits goitres charnus survenant chez les adolescents et accompagnés de troubles respiratoires ; il ne donne aucun renseignement chez les basedowiens.

Nous ne parlerons pas des essais de traitement sérothérapique tentés par Ballet et Enriquez, traitement dont nous ignorons la valeur.

L'ingestion fortuite de thymus en place de glande thyroïde, ayant donné une amélioration à Owen, a été l'origine de ce mode d'organothérapie. Des résultats confirmatifs sont venus ensuite démontrer les bienfaits de cette médication; on doit faire usage du thymus de veau à la dose de 10 à 45 gr. par jour. Taty et Guérin observèrent un malade qui en prit 1 k. 500 en deux mois. Cette médication paraît inoffensive et agirait comme antitoxique. L'opothérapie splénique a été employée une seule fois par Wood (de Philadelphie).

L'action directe sur le corps thyroïde pour en modifier le fonctionnement, consiste en applications locales de glace (Aran), de teinture d'iode, de pommades iodurées, en injections iodées interstitielles (à rejeter).

Les différents modes d'électrothérapie ont été utilisés. Actuellement, le traitement de choix est celui préconisé par Vigouroux et qui consiste en ceci : On électrise successivement, par le courant faradique, les deux carotides, les deux régions périorbitaires, la tumeur thyroïdienne, la région précordiale. L'électricité statique étant très mal supportée par les malades, on n'y aura pas recours. L'électrisation se fait de la façon suivante : Une électrode large est placée à la nuque, l'autre, petite, est l'électrode mobile. Quand on électrise les carotides, les yeux, le corps thyroïde, on relie le pôle négatif à l'électrode mobile, pour la région précordiale, c'est le pôle positif qu'il faut employer. L'important est l'électrisation du corps thyroïde et tout ce qui l'entoure. Il est utile de savoir que la faradisation de la carotide peut déterminer, du côté électrisé, des marbrures livides dues à l'ischémie partielle du derme et de l'abaissement de la température locale.

D'après Joffroy, on pourrait aussi bien employer l'électrisation galvanique préconisée par Remak, Chrornsteck, etc. Regnier, dans un article de la *Revue d'électrothérapie,* expose en détail les divers procédés qui nécessitent d'ailleurs quelques connaissances spéciales.

L'amélioration, voire la guérison, semblent survenir d'autant plus facilement qu'on peut employer un courant plus fort, mais, avec les courants forts, on peut observer des accidents pouvant aller jusqu'à la syncope et qui sont annoncés par de la pâleur et du vertige.

En ce qui concerne le traitement ioduré, on l'a considéré longtemps comme un spécifique du goitre exophtalmique. Trousseau, précédé par Stokes dans cette voie, pensait que l'on pourrait modifier le fonctionnement du thyroïde par la médication iodurée intensive. L'iode et les iodures avaient été abandonnés, malgré l'autorité de Piorry et Bouillaud, qui n'hésitaient pas à en prescrire de 1 à 3 gr. Un grave ennui, consécutif à l'emploi de l'iodure consiste en une intolérance assez grande des basedowiens, vis-à-vis de ce médicament ; aussi faut-il prescrire l'iode avec une grande prudence pour éviter les accidents d'iodisme et l'employer à la dose de 10, 15 centigrammes, au plus 20, dissous dans de l'eau. Rendu a même signalé des cas d'accidents iodiques assez analogues au syndrome Basedowien. En somme, on ne donnera l'iodure que s'il y a concomittance d'affections aortiques, si la tension artérielle est élevée, s'il n'y a pas d'albuminurie, et s'il n'y a pas de susceptibilités individuelles trop grandes.

Le cœur des basedowiens est toujours en imminence de dilatation et quand on en redoute la défaillance, il est inutile de la faciliter par l'emploi des iodures.

L'iodobromure de calcium conseillé par Guptill, pour éviter les accidents d'iodisme, n'a pas fait ses preuves.

II. — Traitement symptomatique. — Il est celui auquel on aura le plus souvent recours. 1° Les troubles cardiaques sont ceux que l'on a souvent à combattre. Y a-t-il menace d'affaiblissement du cœur ? on aura recours à la digitale ; elle sera le médicament de choix dans les cas d'asystolie fonctionnelle qu'on observe parfois chez les basedowiens, mais elle est contre-indiquée quand la tension artérielle est élevée, ce qui est fréquent dans le goitre exophtalmique, contrairement à l'opinion généralement admise (Huchard.) En résumé, si la digitale fait peu contre la tachycardie, elle est le seul médicament contre l'asystolie post-tachycardique.

La digitale, dit M. Huchard (*Journal des Praticiens*, n° 8, 1897) est indiquée quand le cœur est trop agité. Dans ces cas, pour obtenir un effet sédatif appréciable, il faut agir à doses faibles ; dix gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième pendant cinq jours ; puis, on cesse pendant un certain temps, et on reprend ensuite la médication.

Au sujet des complications cardiaques de la maladie de Basedow, il faut se souvenir qu'en présence d'un souffle au

Digitized by Google

cœur, on ne doit pas forcément conclure à une affection valvulaire ; car, ainsi que le fait observer M. Huchard, il n'y a pas de maladie qui donne lieu aussi souvent que le Basedow à des souffles extracardiaques ; alors, l'erreur de diagnostic entraîne une erreur de thérapeutique. Nous ne signalons que pour mémoire l'opinion de Duroziez qui croyait que ces souffles se passaient dans les coronaires dilatées, Parfois, cependant, il y a des affections aortiques réelles consécutives au goitre exophtalmique.

Contre les palpitations, M. Gingeot (*Journal des Praticiens*, 1890, n° 12) a conseillé les lotions froides précordiales, les pulvérisations d'éther ou de chloréthyle ; on a vanté la vessie de glace, mais ce n'est pas là un moyen sans danger. C'est une médication à surveiller, ainsi d'ailleurs que ces mêmes applications de glace sur le corps thyroïde, car elles peuvent déterminer l'inflammation et le sphacèle de la peau.

Le strophantus, d'après Bucquoy, serait mieux supporté que la digitale.

Y a-t-il une tension exagérée avec crises d'angor ? La trinitrine trouve son indication ; mais, si cet angor est névrosique ou si l'on a seulement affaire à des précordialgies pseudo-angineuses, l'antipyrine, une révulsion locale avec des compresses chloroformées, l'aconit dans certains cas (Séguin), seront la médication à employer. S'il y a albuminurie, le régime lacté s'impose.

*Contre l'éréthisme* cardio-vasculaire, Dieulafoy préconise l'ipéca associé à l'opium dans la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Poudre d'ipéca..... | 0 gr. 03 |
| Extrait d'opium..... | 0 gr. 25 |
| Poudre de digitale..... | 0 gr. 02 |
| | Pour une pilule. |

4 à 6 par 24 heures.

La teinture de veratrum viride (10 gouttes par jour en arrivant à 20 gouttes progressivement), a été conseillée par G. Sée, la veratrine agissant sur les muscles lisses et le cœur, en ralentissant leur énergie de contraction et en n'augmentant pas la tension vasculaire. Elle est surtout indiquée quand il y a hypertrophie cardiaque et bruit de galop. On peut également formuler :

| | |
|---|---|
| Veratrine..... | 0 gr. 005 millig. |
| Poudre d'ipéca brut..... | 0 gr. 01 centig. |
| | Pour une pilule. |

La strychnine vantée par Handfield Jones doit être rejetée. L'ergot de seigle a donné de bons résultats à M. Huchard, associé au bromhydrate de quinine dans la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait aqueux d'ergot de seigle..) | Aà 4 grammes |
| Bromhydrate de quinine.....) | |
| Pour 40 pilules (3 à 6 par jour) | |

La valériane, l'éther, le chloroforme, la belladone sont presque toujours inutiles. Il n'en est pas de même de l'opium qui, cependant, d'après Rendu et Oulmont, ne devrait être employé que contre les accidents aigus et dans les cas de danger imminent. Des lavements de 20 ou 30 gouttes d'opium répétés plusieurs fois par jour pendant l'accès de tachycardie ont parfois une action surprenante.

Les hypnotiques réussissent assez bien contre les insomnies rebelles, par exemple : le chloral, le trional.

Nous ne parlerons ni de l'arsenic, ni du fer préconisés par certains auteurs, et dont nous n'avons aucune expérience personnelle. Cependant, Jaccoud affirme avoir obtenu de bons résultats par la prescription simultanée de l'acide arsénieux, du bromure de potassium et du régime lacté.

En terminant, il est bon de rappeler que le goitre exophtalmique présente souvent des rémissions assez longues, qu'il y a nombre de guérisons spontanées au bout d'un temps plus ou moins long, et que la grossesse est parfois curative dans la maladie de Basedow. Aussi, très fréquemmeut, avec un peu de patience, le traitement médical du goitre exophtalmique sera suffisant, et comme le disait avec juste raison M. Poncet, le traitement chirurgical sera l'*ultima ratio* de la thérapeutique. — M. Deguy.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Moyen de prévenir l'intoxication par l'iodoforme** — Les symptômes d'intoxication iodoformique sont relativement fréquents dans la pratique chirurgicale et gynécologique. Parfois les accidents sont assez graves pour inspirer des craintes au médecin. D'après le docteur Sasse (*Medisch Weekblad* 1897, n° 4), il existe un moyen de prévoir si l'iodoforme sera plus ou moins bien toléré par le malade : c'est l'examen de l'urine. Lorsque celle-ci renferme, dès le début de l'emploi de l'iodoforme, des composés iodés, il importe d'être très prudent dans l'emploi de cet antiseptique.

Voici un moyen pratique de reconnaître la présence de ces composés iodés dans l'urine : on place sur une soucoupe en faïence une petite cuillerée à café de poudre de calomel, sur laquelle on laisse tomber quelques gouttes de l'urine à examiner. On mélange avec un objet en verre ; si l'urine renferme une quantité notable de composés iodés, il se produit une coloration jaune très nette, qui doit mettre le médecin sur ses gardes. — LDm.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 12 octobre 1897*

**La cirrhose des buveurs et le plâtrage des vins.** — M. Vallin. Sous ce titre, M. Vallin fait une critique d'un mémoire déposé par M. Lancereaux, mémoire dans lequel cet auteur étudie l'origine de la cirrhose des buveurs. Le vin est-il à lui seul, et lui seulement, l'auteur de la cirrhose ? Quel principe contient-il que l'on puisse incriminer ? Sa nocivité est-elle suffisamment démontrée pour que l'on puisse prendre contre lui des mesures capables de gêner sa fabrication ? Voilà les points principaux sur lesquels portera le débat.

Voici maintenant en quelques mots le résumé du mémoire

Digitized by Google

de M. Lancereaux : Ce n'est point l'abus des alcools qui détermine la cirrhose. Voici une statistique empruntée à des observations personnelles : Sur 210 cas de cirrhose, 68 fois il fallait incriminer les seuls excès de vin ; 126 fois, les excès de vin et de divers alcools ; dans 12 cas, la bière et le vin, et enfin, dans 4 cas, il s'agissait de buveurs de vin et de cidre.

L'excès se retrouve donc dans toutes les observations ; cela en est, en quelque sorte, le fond. Quel est le principe toxique que renferme le vin? Quel est le principe capable de déterminer la cirrhose du foie ? A première vue, l'on songe à l'alcool contenu en assez grande quantité dans le vin. Mais si, d'autre part, on songe que les alcooliques renforcés qui ne boivent pas ou peu de vin ne sont jamais atteints de cirrhose, il faut évidemment éliminer ce facteur.

Dans les vins que boivent les ouvriers parisiens, sujets de ces observations, on trouve un autre élément. Il existe de nombreux sels de potasse, et parmi eux il y a surtout du bisulfate de potasse Quelle est leur provenance ? Elle paraît être due au plâtrage qu'on leur fait subir pour faciliter leur conservation. De nombreuses expériences faites sur des lapins et des chiens semblent le prouver. Après avoir fait ingérer de 2 à 6 grammes de bisulfate de potasse à plusieurs de ces animaux, on a trouvé dans leur foie des lésions très nettes de cirrhose.

D'autre part, voici un témoignage de médecins habitant des pays où le vin n'est pas la boisson courante, mais où les liqueurs fortes sont absorbées en grande quantité : A Haïti, la cirrhose est exceptionnelle ; les indigènes boivent le rhum en grande quantité. En Bretagne, en Normandie où la boisson courante est le cidre, il y a peu de cirrhoses.

M. Lancereaux conclut que, puisque le vin paraît être l'auteur des lésions cirrhotiques et que dans le vin le facteur à incriminer est le bi-sulfate de potasse, il faut proscrire toutes les manœuvres capables d'introduire ce sel et parmi ces manœuvres tout spécialement le plâtrage.

M. Vallin pense que les excès de vins qui consistent à boire de 2 à 6 litres de vins sont devenus suffisamment alcooliques, en quelque sorte, pour qu'il ne soit point nécessaire d'incriminer un sel de potasse.

Il croit qu'il serait utile, pour arriver à des conclusions, de réunir des statistiques nombreuses provenant de pays très divers où l'on ne boit point de vin, et de voir si l'absence de cette boisson est en rapport avec la rareté de la cirrhose.

Entrant plus à fond dans le sujet, il remarque que M. Lancereaux n'a pas suffisamment tenu compte des expériences de Straus et Blocq. Dans ces expériences, on avait vu l'ingestion d'alcool chez le lapin déterminer la prolifération d'éléments conjonctifs dans les espaces portes.

D'autre part, dit-il, ce bisulfate ne doit point être bien toxique, si l'on en juge par les lésions relativement peu profondes qu'ont produites des doses considérables. La dose de 3 grammes par jour chez le lapin correspond à 350 grammes chez l'homme.

Si l'on songe qu'un litre de vin contient 6 grammes, on voit que le plus fort buveur est loin d'absorber de semblables doses.

L'affirmation de M. Lancereaux paraît donc insuffisamment fondée. Il serait excessif de se baser sur de simples hypothèses pour entraver la fabrication du vin, surtout si l'on songe que les alcools de toutes natures ont déjà tendance à détrôner cette boisson.

M. Lancereaux. Il ne s'agit pas d'hypothèses, mais bien de faits. J'ai remarqué que les buveurs de vin, seuls, étaient atteints de cirrhose. A l'encontre, les alcooliques renforcés m'ont paru indemnes. L'alcool du vin ne devait donc pas être incriminé. J'ai suspecté les sels de potasse ; j'en ai fait ingérer à des animaux qui ont présenté des lésions de cirrhose. Mes conclusions sont donc légitimes. Pour me convaincre du contraire, il me faudrait des faits.

M. Laborde demande la parole pour la prochaine séance. Il compte apporter quelques arguments en faveur de l'alcool, comme cause de la cirrhose. Il pose cette question par avance : existe-t-il un buveur de vin qui ne boive pas d'alcool ?

M. Lancereaux. Je n'ai qu'une chose à répondre : les buveurs d'alcool qui n'absorbent point de vin ne deviennent pas cirrhotiques.

---

M. Doyen présente un cas de blessure faite par une balle de petit calibre qui, malgré le peu de force de propulsion, avait traversé un corps vertébral.

Il présente aussi une épreuve radiographique montrant une dilatation de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Cette épreuve a été obtenue en introduisant dans le conduit une sonde dilatoire dans laquelle on verse du mercure. Les données ainsi acquises permettent de diriger avec plus de précision l'intervention chirurgicale. — MM.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 8 octobre 1897*

**Paralysies transitoires d'origine cardiaque.** — MM. Achard et Léopold-Lévi attirent l'attention sur les paralysies transitoires, d'origine cardiaque, indépendantes d'une grosse lésion cérébrale. Ils ont observé deux cas. Le premier concerne une paralysie faciale inférieure transitoire survenue chez une malade asystolique, qui succomba avec une hémiplégie du côté opposé, L'autopsie ne révéla aucune lésion en foyer. L'examen histologique montra seulement une vive congestion et un œdème léger. Le deuxième cas se rapporte à une malade atteinte de rétrécissement mitral qui fut prise de paralysie alterne, constitué par une paralysie des membres d'un côté, et une paralysie faciale à type périphérique, avec paralysie de la

Digitized by Google

6e paire du côté opposé. Cette paralysie disparut au bout de quatre jours.

Ces faits sont à rapprocher de ceux qu'on observe au cours de l'urémie et de la toxémie hépatique. Dans ces deux auto-intoxications, les auteurs ont constaté des paralysies faciales isolées, transitoires.

Il est donc vraisemblable que les paralysies d'origine cardiaque sont sous la dépendance à la fois de troubles circulatoires et de troubles toxiques.

Enfin, entre les paralysies transitoires qu'ils ont décrites, et celles produites par de grosses lésions cérébrales, MM. Achard et Léopold-Lévi placent une classe de faits intermédiaires dont ils ont observé deux exemples : hémiplégie au cours d'endocardite végétante par embolies microscopiques du cerveau.

**Ascite chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac.** — MM. Hirtz et Georges Luys. Il s'agit d'une femme n'ayant offert, dans son passé pathologique, aucun signe de néoplasme stomacal. A son entrée à l'hôpital, elle présentait des phénomènes d'ascite, nécessitant la ponction abdominale. On retira ainsi un liquide blanc laiteux, dont l'analyse chimique a permis d'affirmer qu'il s'agissait d'une ascite chyleuse. A l'autopsie, on se trouve en présence d'un cancer de l'estomac propagé au pancréas, aux ganglions périgastriques et se continuant, sous forme d'une gangue épaisse, tout le long de l'aorte, jusqu'à la naissance des artères rénales. L'examen histologique du néoplasme permet d'affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma typique,

Au point de vue de la pathogénie de cette ascite chyleuse, il semble que dans ce cas, ainsi que dans les cas similaires de Strauss et de Whitla, on doive incriminer les déchirures du canal thoracique sous l'influence de l'envahissement cancéreux de ce conduit.

M. Letulle. Il ne faut pas confondre l'ascite chyleuse et l'ascite chyliforme. Dans le premier cas, le liquide ascitique a la composition du chyle ; dans le second, il s'agit d'un liquide lactescent, rappelant le chyle par son aspect, mais en différant complètement par sa composition. Ces deux affections relèvent de causes différentes.

M. Troisier rappelle qu'il a observé trois cas de cancer du canal thoracique. Dans deux cas l'ascite n'était pas chyleuse et faisait défaut dans le troisième. De plus, le cancer du canal thoracique, loin d'en favoriser la rupture, épaissit au contraire ses parois, sans aller jamais jusqu'à son oblitération complète. Il ne peut donc accepter la déchirure de ce conduit sous l'influence de l'envahissement cancéreux.

**Acromégalo-gigantisme.** — M. Laveran communique au nom de M. Malignon un cas d'acromégalie avec gigantisme observé à Pékin, sur un Chinois de 23 ans ; il y avait non seulement acromégalie par développement exagéré des extrémités osseuses, mais encore gigantisme par allongement anormal des os. — H. Marciguey.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 13 octobre 1897*

**Intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.** — M. Lejars envisage principalement dans sa communication l'ileus paralytique que l'on voit survenir fréquemment dans certaines occlusions intestinales de causes diverses. Il en existe plusieurs variétés. La plus simple guérit aisément par les lavements électriques ; en voici un exemple. Une femme de 61 ans, atteinte de hernie ombilicale, entre à l'hôpital avec des accidents graves d'occlusion que l'on attribue tout d'abord à un étranglement herniaire. Cependant, la hernie était peu tendue et peu douloureuse, le ventre modérément ballonné. M. Lejars pensa qu'il s'agissait d'une épiplocèle, et administra un lavement électrique qui, au bout de 15 minutes, détermina une abondante émission de gaz et de matières fécales.

L'épiplocèle s'était compliquée d'un iléus paralytique benin. Celui-ci peut revêtir des allures plus graves. Un homme de 40 ans entre à l'hôpital avec des phénomènes d'occlusion à marche lente ; pendant 8 jours, il ne rend ni gaz ni matières. La situation étant devenue très critique; en l'absence de diagnostic étiologique, M. Lejars fait une laparotomie exploratrice, trouve un intestin très distendu, mais aucun obstacle mécanique au cours des matières, ni masse stercorale dure. Il pratique une petite entérostomie sur le cœcum, par laquelle s'échappent des gaz en abondance. Le ventre s'affaisse, et deux jours après, il avait une garde-robe spontanée, suivie d'une véritable débâcle. Le malade sortit guéri de l'hôpital, conservant un anus artificiel Deux mois après, cet homme continuant à se porter très bien, M. Lejars ferma l'anus cœcal ; mais le deuxième jour, survinrent des phénomènes de péritonite suraiguë, qui déterminèrent une mort rapide. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'S iliaque au niveau d'une plaque tuberculeuse ulcérée ; les fils de la suture de l'anus artificiel avaient parfaitement tenu.

Un autre malade, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital pour des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë, avec vomissements fécaloïdes et ventre ballonné dans sa portion sus-ombilicale. Les lavements électriques n'amenèrent aucun résultat. M. Lejars pratiqua la laparotomie sus-ombilicale et tomba sur un colon transverse énorme, mais ne trouva aucun obstacle mécanique. L'établissement d'un anus sus-ombilical fit disparaître tous les troubles ; de plus, des garde-robes par les voies naturelles apparurent deux jours après. Au bout de dix mois, M. Lejars referma l'anus artificiel sans aucun accident consécutif. Il s'agissait d'un iléus paralytique ou spasmodique de cause inconnue que l'évacuation des gaz et des matières fit disparaître.

On aurait tort de croire que l'iléus est toujours aussi bénin, il peut tuer par stercorémie. Un homme de 56 ans, dans le cours d'un traitement pour fracture de cuisse, est atteint d'occlusion intestinale ; les lavements électriques

Digitized by Google

ne donnèrent rien, et M. Lejars établit un anus cœcal ; il n'en sortit que peu de gaz et de matières fécales ; cet homme succomba deux jours après par stercorémie. A l'autopsie, on ne trouva aucun obstacle, ni rien qui put expliquer l'occlusion.

Nous ignorons la cause de cette paralysie ou de ce spasme de l'intestin ; la seule chose qui ressorte de ces observations est qu'un état morbide latent de l'intestin peut en déterminer la paralysie ou le spasme par action réflexe. Si l'électrisation échoue, le chirurgien est autorisé à pratiquer la laparotomie exploratrice pour lever l'obstacle et à créer un anus artificiel, lorsqu'il ne peut obtenir d'autre résultat.

**Occlusion intestinale chez les enfants.** — M. Félizet. Cette affection ne reconnaît pas chez les enfants les mêmes causes que chez l'adulte. Les malformations du calibre, l'invagination, les corps étrangers de l'intestin, les brides cicatricielles en sont l'étiologie habituelle. Comme premiers symptômes, on note des malaises, de l'inappétence ; puis, l'intestin ayant des réactions vives, mais courtes à cet âge, les vomissements deviennent bientôt fécaloïdes, le ventre se météorise rapidement, puis survient de la dyspnée par impotence fonctionnelle du diaphragme. Si une prompte intervention ne rétablit pas le cours des matières, la mort survient au bout de peu de jours.

Le premier devoir du chirurgien est de s'assurer qu'il n'existe pas de hernie. Chez l'enfant, la laparotomie présente des difficultés particulières. En effet, après l'ouverture du ventre, les anses intestinales s'échappent au dehors, on les déroule et on les rentre avec peine. L'obstacle est donc difficile à découvrir. Pour ces raisons, M. Felizet n'accepte pas la laparotomie comme intervention de choix. Il préfère, suivant la doctrine ancienne de Nélaton, créer un anus artificiel sur l'anse intestinale la plus distendue, qui se présente à l'orifice de la plaie abdominale. Cet anus peut d'ailleurs guérir spontanément chez les enfants. Il faut considérer l'entérostomie comme une opération d'urgence dans l'occlusion intestinale analogue à la trachéotomie dans les obturations du larynx.

M. Segond. Lorsque le diagnostic étiologique n'est pas établi, il faut pratiquer l'anus artificiel, opération bénigne, dont la principale indication est d'empêcher une mort immédiate. Il permet d'attendre le temps suffisant pour ouvrir le ventre dans de meilleures conditions et lever l'obstacle au cours des matières.

M. Picqué. Il faut se mettre en garde contre les illusions décevantes de l'anus iliaque et les promesses exagérées de la laparotomie. Chacune de ces opérations présente des indications spéciales. Si les accidents existent depuis plusieurs jours, si le malade est dans le collapsus, l'anus artificiel s'impose, le patient ne pouvant supporter une plus longue intervention.

S'il s'agit d'une pseudo-occlusion par rétention de matières fécales, un purgatif bien administré peut faire disparaître l'obstacle ; dans le cas contraire, un anus iliaque amènera la guérison.

S'il s'agit d'une occlusion vraie, si le diagnostic est incertain, on fera une laparotomie exploratrice qui, dans certains cas, permettra de lever l'obstacle ; dans le cas contraire, on pratiquera un anus artificiel.

**Compression cérébrale par hémorragie extra-durémérienne.** — M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Dubujadoux (armée), dans laquelle il s'agit d'un homme tombé dans le collapsus après un coup de matraque sur la tête. Il n'existait pas de fracture du crâne, mais une légère dépression au niveau de la région temporale. L'auteur pratiqua la trépanation en ce point et retira 80 grammes de sang épanché entre la dure-mère et le crâne. Tous les phénomenes de compression cérébrale disparurent après cette opération et le malade guérit.

**Hémi-section de la moelle.** — M. Tuffier présente deux hommes chez lesquels un coup de couteau sur les régions cervicale et dorsale de la colonne vertébrale détermina une hémi-paraplégie directe par hémi-section de la moelle ; ces blessés sont actuellement guéris. — H M.

## ACTUALITÉ

### Une nouvelle invasion allemande

Sous ce titre, le *Marseille médical* dans un de ses derniers numéros, publie l'article suivant que nous sommes heureux de reproduire en le faisant suivre de quelques réflexions, et que nous engageons nos lecteurs à lire très attentivement.

« N'y a-t-il donc pas un moyen de nous débarrasser de ces produits de la pharmacopée allemande qui, chaque jour, s'abattent plus nombreux, mais pas meilleurs pour cela, sur notre marché ? Si cela continue, notre commerce pharmaceutique va devenir une succursale de celui de l'Allemagne, nos pharmaciens n'auront plus sur leurs rayons que des spécialités allemandes, nos pharmacies seront des comptoirs où les *têtes de Boches* trouveront un écoulement certain à leurs détritus thérapeutiques, car il est impossible de donner un autre nom à ces marchandises hétéroclites qui circulent ouvertement en France.

« En voulez-vous une preuve ? Lisez les nomenclatures de tous les produits inventés, et ce qui est plus grave, exportés par les laboratoires à désinence germanique, quel que soit le côté du Rhin où ils fonctionnent. Quand vous aurez parcouru ces listes incommensurables de noms exotiques, vous me direz s'il vous est possible de vous y reconnaître.

« Et quels produits ? Tous les jours il y en a un nouveau. Leur existence n'est quelquefois qu'éphémère ; d'autrefois actionnée par une savante publicité, la spécialité *têtes de Boches* cherche à gagner la faveur du corps médical et du public. Et elle y parvient parfois, car nous sommes toujours les mêmes, en France, nous vénérons comme des choses sacro-saintes toutes les inventions qui portent l'estampille étrangère, réservant nos jalousies et nos dénigrements pour les produits de l'intelligence française. D'ailleurs, il est patient et roublard, le Germain ; si son produit ne réussit pas, il le met en réserve, charge le nom et l'étiquette et nous le ressert à une autre sauce, certain qu'on avalera son poisson... ou son poison.

« Vous souvenez-vous de ce fameux produit trouvé dans les laboratoires anglo-saxons, ce produit qui devait tuer la mor-

Digitized by Google

phine ? Plus de morphine ! plus de morphinomanes ! c'est à eux qu'était réservée la gloire de faire disparaître la morphinomanie, cette plaie de l'humanité moderne ! On les entend encore, criant, avec des gestes engageants : Prenez notre ours, ours très bien léché, notre divin produit ne donne plus de lourdeurs de tête au réveil, plus d'intoxication à redouter, etc., etc. Cet ours avait nom l'*Hopéine*. Quelques chimistes français, curieux et sceptiques, voulurent se rendre compte de la valeur de ce nouveau produit aux allures de pétard ; après examen, on dut conclure que la fameuse antimorphine, l'Hopéine, n'était que de la morphine sale, c'est-à-dire colorée (1).

« Vous pensez, peut-être, que cette découverte les déconcerta et qu'ils se tinrent cois ? Comme vous les jugez mal ! Ils sont revenus à la charge, et comme ils ont trouvé des commanditaires, ce n'est pas un, mais cinq, dix, vingt produits qu'ils fabriquent et qu'ils préconisent ; ils ont même eu l'audace — audace couronnée de succès, car il y a longtemps qu'on l'a remarqué, *audaces fortuna juvat*, a dit Virgile, — de présenter à l'Académie de médecine une demande afin d'être autorisés à vendre la nouvelle tuberculine de Koch. On aurait pu s'attendre à des protestations de la part de la docte assemblée, d'autant plus que le rapport de l'éminent M. Nocard constatait « que les conditions de fabrica- « tion du produit ne permettaient ni l'enquête sur place au lieu de « production, ni le prélèvement des échantillons nécessaires à la « vérification des produits et des propriétés spéciales que l'auteur « lui attribue ; enquête et prélèvement *toujours imposés* aux éta- « blissements français analogues ». En outre, M. le professeur Nocard faisait remarquer l'insuffisance de l'échantillon joint à la demande (1 centimètre cube), trop minime pour permettre un *contrôle* expérimental ou clinique. Bien plus, il déclarait que l'examen microscopique de la tuberculine y décelait la présence d'une quantité notable de bactéries et de levures.

« A toutes ces considérations capitales, puisque ce produit est destiné à être injecté et peut nuire à la santé publique, l'Académie n'a opposé qu'un silence profond. Peut-être y faut-il voir *le silence qui punit l'insolence* du proverbe, mais il n'en est pas moins résulté que la tuberculine de Koch, un produit allemand s'il en est, peut se vendre en France, et que cette autorisation *officielle* va encore encourager l'essor des pharmacopoles têtes de Boches.

« A cette nouvelle invasion allemande, nous devons répondre par une levée de boucliers. Le corps médical tout entier doit se méfier des produits allemands et se rappeler les paroles prononcées par M. le professeur Bouchard à la séance du 12 juin de la Société de Biologie, comme conclusion à la discussion que voulait entamer M. Maragliano, de Gênes, sur la valeur de l'ancienne et de la nouvelle tuberculine.

M. Bouchard. — « Il est démontré que la nouvelle tuberculine de Koch est un produit *industriel impur*, *malpropre*, contenant des bactéries, impossible par conséquent à étudier au point de vue scientifique. *C'est faire trop d'honneur à ce produit que de le discuter à la Société de Biologie* ».

« Allons, chers confrères, faisons de même, et au lieu d'ordonner les produits allemands, ce qui oblige les pharmaciens à se transformer en commis voyageurs pour l'exportation prussienne, soignons nos malades avec des produits français. Lorsqu'on vous fera l'article pour un remède d'outre-Rhin, réponde au Monsieur qui se charge de prôner ces détritus : Allez vendre ailleurs vos... *ponnes lorgnettes* ! »

(1) Deux ans plus tard environ, sortait des mêmes laboratoires un alcaloïde « jouissant des propriétés de la cocaïne sans en avoir les inconvénients », la *sténocarpine*, retiré d'un acacia africain, et qui, en réalité, n'était que de la cocaïne frelatée. — H. H.

---

La nouvelle invasion allemande qui nous menace, avec d'autres pays et surtout l'Angleterre, d'un « Sedan commercial » (le mot a été dit par d'autres que nous) a des causes qui seront examinées plus loin. Ces causes doivent être portées à la connaissance de ceux qui forgent à la hâte (j'allais dire : qui bâclent) des lois antipatriotiques sans se préoccuper de leurs néfastes conséquences.

Voici d'abord des faits que les praticiens ne doivent pas ignorer :

De nombreuses observations m'ont permis de considérer la *théobromine* comme occupant le premier rang parmi les diurétiques. Depuis plusieurs mois déjà, j'ai constaté que ce médicament précieux ne possède plus les mêmes propriétés qu'autrefois, qu'il détermine, à doses relativement faibles, de violents maux de tête, des nausées et des vomissements avec des phénomènes d'excitation cérébrale. A quoi attribuer ces accidents d'intoxication ? Nous ne pensons pas que certains pharmaciens seraient assez peu consciencieux pour substituer totalement ou partiellement la caféine à la théobromine.

Cette dernière a deux origines : 1° Préparation directe au moyen des semences de cacao ; 2° Préparation synthétique en déméthylant la caféine, ou en méthylant la xanthine. Le premier procédé seul est suivi dans l'industrie.

Presque toute la théobromine nous vient d'Allemagne. Peu d'industriels, peu de pharmaciens préparent ce produit en France, et nous en indiquerons plus loin les raisons ; par suite, il y a lieu de croire que ce médicament nous arrive dans un état de purification très imparfaite, ou que cette substance a pu être par suite mélangée à de la caféine.

Dans ces conditions, qu'il nous soit permis de recommander aux pharmaciens d'essayer la théobromine que leur fournit la droguerie. L'essai repose d'abord sur le peu de solubilité de la théobromine dans l'eau et l'alcool froids, tandis que la caféine est relativement plus soluble. D'autre part, la théobromine ne serait-elle pas mélangée à un isomère, la théophylline, que l'on trouve aussi dans le thé ? Cette théophylline n'aurait-elle pas des propriétés différentes de la théobromine, propriétés qui rendraient compte des phénomènes observés par nous ? C'est là une question à étudier.

Nous pouvons citer encore un autre exemple :

On a remarqué que, depuis un certain temps, la *cocaïne* est parfois moins active et qu'elle est infidèle dans ses propriétés anesthésiques. Or, comme la théobromine, elle nous vient en grande partie d'Allemagne. En France, quelques pharmaciens seulement préparent leur cocaïne. Son extraction des feuilles de coca est une opération très délicate, très laborieuse si l'on veut avoir l'alcaloïde à l'état de pureté. Cela tient à ce qu'il est accompagné dans la plante d'un grand nombre d'alcaloïdes doués de propriétés physiques et chimiques analogues aux siennes et dont l'action physiologique est différente. Aussi, leur séparation d'avec la cocaïne est-elle très délicate, comme M. Moreau, notre distingué interne en pharmacie, a bien voulu nous le rappeler.

Depuis les travaux de Liebermann et Geisel, on ne prépare plus la cocaïne par extraction directe. On utilise une propriété que possèdent ces alcaloïdes d'être décomposés par hydratation en un acide aromatique variable avec l'alcaloïde, alcool méthylique et

Digitized by Google

ecgonine. Ce dernier corps est un produit constant de dédoublement. L'ecgonine est ensuite transformée en ecgoninate de méthyle par le chlorure de méthyle naissant ; on fait enfin réagir cet ecgoninate sur le chlorure de benzoïle et on obtient la cocaïne.

A quoi devons-nous attribuer ces inconstances dans les propriétés de la cocaïne ? Ne serait-elle pas mélangée à de petites quantités d'ecgonine, à de l'hygrine, autre alcaloïde que l'on trouve dans la coca ? On a signalé encore une autre falsification avec un alcaloïde découvert récemment : l'eucaïne.

Il est facile de reconnaître ces fraudes. et nous appelons l'attention des praticiens sur ces faits. Nous nous permettons aussi de recommander la vigilance aux Anglais qui, malgré quelques divergences politiques certainement passagères, restent nos amis, et qui sont peut-être plus menacés que nous par cette invasion allemande.

***

Pourquoi maintenant ne fabriquons-nous pas nous-mêmes nos produits ? Pourquoi avons nous recours à l'Etranger ?

La raison principale est le prix des matières premières.

On extrait les alcaloïdes en utilisant leur solubilité dans des dissolvants appropriés : alcool, éther, chloroforme. Pendant longtemps, on a préparé le chloroforme au moyen de l'alcool ; maintenant, on a recours à l'acétone. L'éther est actuellement préparé avec l'alcool. On peut donc dire que ce dernier a le plus grand rôle dans le cours de la préparation des alcaloïdes.

En Allemagne, le litre d'alcool revient à environ 75 centimes ; en France, à 3 fr. 50. En Allemagne, celui qui sert à la fabrication de l'éther, par exemple, est exempt de droits ; il est dénaturé en présence du service par l'addition de 10 0/0 d'éther ou 0.025 0/0 d'huile animale de Dippel.

En France, celui qui sert à la même fabrication est aussi dénaturé, mais il est en outre frappé d'une taxe de 37 fr. 50 par hectolitre d'alcool pur calculé en 100 0/0. Si l'on remarque que la préparation des alcaloïdes ou glucosides exige de grandes quantités d'alcool, en supposant même que l'on puisse en retirer la plus grande partie par distillation, il y a toujours des pertes assez grandes qu'il est impossible à une grande industrie d'éviter, même en employant des appareils perfectionnés. C'est certainement là un grave obstacle au développement de l'industrie chimique de notre pays.

En Allemagne, les savants sont encouragés ; ils reçoivent des primes, des subventions. En France, combien sont ignorés au fond de leurs laboratoires !

La chimie est une science française qui, en un siècle, a pris un développement considérable. A l'heure actuelle, elle tend à passer dans les mains de l'Etranger. Il importe donc de réagir, d'autant plus que la découverte de nombreux alcaloïdes et glucosides a été faite par des chimistes français : la codéine par *Robiquet*, la quinine, la strychnine et la brucine par *Pelletier* et *Caventou*, l'ésérine par *Vée*, la pilocarpine par *Hardy*, la pelletiérine et l'ergotinine par *Tanret*, l'aconitine cristallisée par *Duquesnel*, la digitaline amorphe par *Homolle* et *Quevenne*, la digitaline cristallisée par *Nativelle*, etc. Nous découvrons ; les étrangers exploitent. Nous avons l'honneur ; ils gardent l'argent. Bientôt, si l'on n'y prend garde, l'invasion allemande va inonder le monde entier par ses produits bons ou mauvais, et l'on doit reconnaître qu'ils ne sont pas toujours mauvais, puisque l'on peut, au delà du Rhin, fabriquer à bien meilleur marché. Nos chimistes français peuvent encore faire des découvertes ; mais, pour cela, il faut les placer sur le même pied que les chimistes allemands ; ils ont l'intelligence et la bonne volonté ; il ne reste plus qu'à leur procurer les avantages matériels.

Le remède à cette situation lamentable de la pharmacie française qui devient tributaire de l'industrie étrangère ?

L'Etat devrait avoir le monopole de la rectification de l'alcool, de façon à le vendre pur et à un prix très élevé aux consommateurs, et par contre, à pouvoir le fournir dénaturé à l'industrie pour un prix analogue à celui de l'Allemagne. Mais la question restera insoluble tant que nous aurons des députés ne songeant qu'à renverser des ministères, à faire de la politique et nullement les affaires de la France, soucieux d'établir des impôts pour le présent sans se préoccuper des ruines que ces impôts nous réservent pour l'avenir. Autrefois, on avait parlé d'adjoindre les « capacités » au corps électoral ; on y a répondu de nos jours par l'adjonotion de trop d'incapacités au corps législatif.

***

Notre pays et les pays voisins sont encore menacés d'autre part, et un récent voyage que je viens de faire en Allemagne, dans le but d'étudier quelques-unes de ses stations hydro-minérales, m'en a donné la preuve irrécusable.

Partout de véritables villes thermales s'élèvent, les baigneurs commencent à désapprendre le chemin de la France, parce qu'ils trouvent dans les stations hydrominérales étrangères le confortable qui manque chez nous, et parce que les compagnies propriétaires de nos stations méconnaissent leurs intérêts en laissant improductifs leurs capitaux. A l'étranger, j'ai vu une station où les médecins, abusant de la « dilatation cardiaque » et des résultats très problématiques fournis par la percussion du cœur, affirment auprès des malades ou des médecins trop crédules, des « guérisons » qu'ils savent absolument fausses.

Ces procédés nouveaux de suggestion ne seront certes jamais employés par les médecins de notre pays ; mais on ne saurait assez dire et répéter que *la France est le pays le plus riche du monde en eaux minérales de tous genres*. A quoi servent toutes ces richesses si nous n'en profitons pas, et ne sommes-nous pas comme ces avares qui restent éternellement pauvres en entassant et en cachant leurs trésors ?

En présence du péril qui nous menace, notre devoir est tout tracé : **Nous ne devons pas** envoyer nos malades aux eaux allemandes ni aux stations climatériques ou d'altitude de l'Etranger, quand nous en avons chez nous de bien plus actives et de bien meilleures. Depuis la fondation de ce journal, il y aura bientôt douze ans, celui qui signe ces lignes a toujours soutenu cette cause par la plume et par l'action. S'inspirant de l'exemple de Gubler après 1870, il combattra plus que jamais et sans répit pour la défense de nos intérêts grossièrement menacés, et rien ne pourra le détourner du but patriotique qu'il poursuit. — H. Huchard.

---

**Erratum.** — Dans le précédent numéro, page 655, la communication de M. Kelsch doit être ainsi intitulée : « De l'influence des poussières des appartements dans la *transmission des maladies infectieuses* », au lieu de : « des affections cardiaques ».

---

**Avis.** — Lire, à la page CCCXXX, l'article « Intérêts professionnels ».

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr Gaucher.

**Troubles fonctionnels de la sécrétion sudorale**

De même que nous avons groupé dans une étude commune les affections des glandes sébacées, les séborrhées et les acnés, de même je crois qu'il y a avantage à réunir dans une description d'ensemble les affections des glandes sudoripares.

Celles-ci sont moins complétement connues que les premières et surtout individualisées et décrites depuis moins longtemps. On peut néanmoins établir dans leur étude les divisions suivantes :

1° Les modifications et les altérations de la sécrétion sudorale :

L'hématidrose.

L'anhidrose, l'hyperhidrose, l'éphidrose et la bromhidrose.

La chromhidrose.

2° Les éruptions résultant d'un trouble de fonctionnement des glandes sudoripares :

Les sudamina et la miliaire.

L'hidrocystome.

La dyshidrose.

3° L'inflammation des glandes : les hidrosadénites.

*Hématidrose.* — L'hématidrose est constituée par les sueurs de sang. En réalité, cette affection est une hémorragie cutanée au même titre que le purpura dont je vous ai exposé l'histoire dans notre précédente leçon.

Son existence a été contestée, mais elle est devenue indubitable après les travaux de Gendrin, de Parrot, de Magnus Huss, de Chambers, d'Erasmus Wilson et d'autres auteurs. Parrot surtout en a fait la description histologique.

*Etiologie.* — On l'observe chez les sujets nerveux, particulièrement chez les hystériques et surtout chez les femmes. Ses causes occasionnelles sont parfois une émotion vive, une peur, une colère ou la suppression brusque des règles.

La sueur de sang peut même remplacer le flux menstruel.

D'après Hardy, il existe des cas dans lesquels les femmes ont leurs règles par le bout des doigts ou par les aisselles.

L'hématidrose a été constatée aussi dans certaines fièvres graves hémorragiques, notamment dans la fièvre jaune par M. Guyon.

*Symptômes. Siège.* — Cette hémorragie, quelle que soit sa cause, est un phénomène exceptionnel. Elle est toujours partielle, limitée à une surface restreinte et essentiellement intermittente. On l'observe particulièrement au bout des doigts, aux ailes du nez, au front, à la partie antérieure de la poitrine et aux aisselles ou à la face interne des cuisses. Elle peut être unilatérale.

L'écoulement sanguin est rarement brusque et inopiné. Il est précédé le plus souvent de prodomes locaux, tels que fourmillements, picotements, hyperesthésie et troubles vaso-moteurs caractérisés par une rougeur plus ou moins vive. Il se manifeste aussi fréquemment au milieu d'autres désordres fonctionnels du système nerveux. La région sur laquelle apparaît l'hémorragie est parfois le siège d'une tuméfaction douloureuse. Quoi qu'il en soit, on voit à un moment donné la surface cutanée se recouvrir d'un liquide rose ou rouge qui suinte incessamment à mesure qu'on l'enlève et paraît sortir directement des pores de la peau, car celle-ci ne présente aucune excoriation, aucune solution de continuité. Les orifices par lesquels le sang s'épanche ne sont même pas visibles.

L'écoulement sanguin est peu abondant, il dure quelques minutes ou quelques heures, mais il reparaît généralement à des intervalles variables, tantôt sur la même région, tantôt sur des régions différentes.

Parrot a montré que le liquide épanché était bien du sang et qu'il parvenait des glandes sudoripares dont le réseau vasculaire est très riche comme vous savez. Cette hémorragie est due vraisemblablement à une paralysie des nerfs vaso-moteurs.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'hématidrose ne comporte aucune gravité si l'on n'envisage que l'hémorragie elle-même, car celle-ci est toujours trop peu importante pour entraîner à sa suite des symptômes d'anémie. Mais il faut nous rappeler que ce phénomène est une conséquence d'un trouble profond du système nerveux.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de cette affection ne présente aucune difficulté. L'existence d'un écoulement sanguin spontané sans lésion cutanée préalable, d'un écoulement qui se renouvelle après qu'on a essuyé la peau, est pathognomonique et ne peut donner lieu à aucune confusion.

Le traitement de l'hématidrose est celui du trouble général ou de la maladie qui lui a donné naissance. C'est l'état nerveux qu'il faut soigner dans la généralité des cas. Si la sueur de sang remplace les règles absentes, on pourra essayer de rappeler celles-ci par des bains de pieds sinapisés, par des ventouses appliquées à la partie supérieure des cuisses, par des bains chauds. Mais, si cette hémorragie supplémentaire ne cause aucun accident, il est souvent préférable de ne pas s'en préoccuper.

Messieurs, l'hématidrose, comme vous venez de le voir, n'est pas, à proprement parler, un trouble de la sécrétion sudorale, c'est un accident spécial, une forme d'hémorragie cutanée dans laquelle le sang épanché s'écoule au dehors par les conduits sudoripares. Mais la secrétion sudorale, sans être altérée sensiblement dans sa composition normale, peut être modifiée dans sa quantité par défaut ou par excès.

*Anhidrose.* — La diminution ou la suppression de la sueur a reçu le nom d'anhidrose ; l'augmentation de la sécrétion sudorale est connue sous la dénomination d'hyperhidrose.

Digitized by Google

L'anhidrose est toujours un phénomène symptomatique. Elle peut être générale ou partielle.

*Cause.* — L'anhidrose générale, la sécheresse habituelle de la peau est parfois la conséquence d'une maladie générale, le diabète sucré.

Les dermatoses généralisées telles que l'ichthyose, la dermatite exfoliatrice et le pityriasis rubra sont accompagnées d'anhidrose.

La suppression locale de la sueur a été observée dans l'aplasie lamineuse de la face. Elle est constante, d'après les recherches de M. Aubert (de Lyon), dans la plupart des lésions inflammatoires ou irritatives de la peau. Dans l'eczéma, dans le psoriasis, dans le prurigo chronique, dans le pemphigus, etc... la sécrétion sudorale est arrêtée sur les régions malades; les glandes ne reprennent leurs fonctions qu'après la guérison de la lésion cutanée.

*Traitement.* — Le traitement de l'anhidrose est peu efficace et peu important. Il consiste seulement dans des bains chauds émollients ou dans des bains de vapeur destinés à activer les fonctions de la peau.

*Hyperhidrose.*— L'hyperhidrose est beaucoup plus intéressante à connaître et prête à des considérations thérapeutiques plus importantes.

Sous cette dénomination, on entend l'hypercrinie sudorale généralisée, les *sueurs partielles* ont reçu spécialement le nom *d'éphidroses.*

L'hyperhidrose est un symptôme commun à grand nombre de maladies ; elle peut même exister à l'état physiologique.

L'hyperhidrose physiologique se manifeste sous l'influence des émotions vives, des mouvements exagérés, parfois à la suite du travail de la digestion, plus simplement par l'action d'une chaleur excessive.

Dans ces cas, la sueur se montre sur la totalité du corps, mais la sécrétion est plus abondante sur les régions les plus riches en glandes sudoripares et sur lesquelles la température est normalement plus élevée, par exemple aux aisselles, aux aines, dans le pli interfessier. Si le corps est découvert, on voit la sueur s'accumuler en grosses gouttes et même couler sous forme de traînées sur la peau. Sur les parties couvertes, les vêtements sont rapidement mouillés. La diaphorèse est quelquefois précédée de prurit et d'une sensation de chaleur à la peau. Son abondance peut provoquer l'apparition d'éruptions dites sudorales, vésiculeuses, ou érythémateuses. L'éruption vésiculeuse est connue sous le nom de miliaire ou de sudamina.

Mais les causes occasionnelles que je vous ai mentionnées tout à l'heure ne produisent pas l'hyperhidrose chez tous les sujets et avec la même intensité. L'hypersécrétion sudorale est le propre des constitutions arthritiques et des tempéraments nerveux. Les individus qui transpirent facilement à la moindre excitation, sont généralement des neuroarthritiques ou des goutteux.

Il y a une autre hyperhidrose qui est également presque physiologique, c'est celle qui est liée à la suppression menstruelle.

*Sueurs de la ménopause.* — Les troubles vaso-moteurs, qui accompagnent la ménopause et qui sont caractérisés surtout par des rougeurs passagères du visage et des bouffées de chaleur, se manifestent aussi parfois par des sueurs profuses généralisées.

*Sueurs pathologiques.* — Parmi les maladies ou les états morbides qui se compliquent de sueurs abondantes, je vous citerai seulement ceux dans lesquels l'hyperhidrose constitue un phénomène important, car il n'est pas d'affection aiguë ou chronique qui ne puisse, à un certain moment, s'accompagner de sudation exagérée.

*Suette miliaire ; Stade de sueur de l'accès palustre.* — Il y a d'abord deux maladies qui comptent l'hyperhidrose parmi leurs symptômes essentiels : c'est d'une part la suette miliaire qui est une fièvre éruptive d'une nature particulière ; d'autre part la fièvre intermittente palustre dans laquelle le troisième stade de l'accès typique a reçu précisément le nom de stade de sueur.

*Maladies nerveuses.* — L'influence prépondérante du système nerveux sur la sécrétion sudorale vous explique pourquoi l'hyperhidrose est fréquemment observée dans les affections nerveuses. Dans l'apoplexie cérébrale, dans tous les comas, dans le delirium tremens, les malades sont habituellement couverts de sueurs. Une diaphorèse abondante, termine aussi l'attaque du mal comitial. Il y a même une variété d'épilepsie larvée qui se manifeste uniquement par un accès d'hyperhidrose et à laquelle M. Renaut (de Lyon) a proposé de donner le nom de petit mal sudoral.

Les sueurs ne sont pas rares dans l'hystérie, elles coïncident quelquesfois avec l'anurie.

C'est également à une influence nerveuse, vraisemblablement à une dépression vaso-motrice qu'il faut attribuer les sueurs profuses de l'agonie, les sueurs froides de la lipothymie et de la syncope, la sudation excessive qui marque la fin d'accès douloureux tels que la colique hépatique.

*Hyperhidrose des maladies aiguës, sueurs critiques.* — Dans les maladies aiguës, l'hyperhidrose est fréquente mais, entre toutes, c'est le rhumatisme articulaire aigu qui tient la première place relativement à l'abondance de la diaphorèse. Dans beaucoup d'autres maladies infectieuses, dans la pneumonie, par exemple, l'hypersécrétion sudorale est un phénomène terminal, de bon augure, un prélude de la guérison. Ces sueurs terminales, d'un pronostic favorable, sont connues en pathologie générale sous le nom de *sueurs critiques.*

*Hyperhidrose des cachexies, sueurs des phtisiques.* — Les cachexies, quelle que soit leur cause, sont souvent accompagnées d'une hyperhidrose plus ou moins abondante. Dans leur période terminale, les sueurs, comme celles de l'agonie, sont quelquefois visqueuses. Cette viscosité

Digitized by Google

s'explique peut être par une particularité histologique qui a été signalée par M. Ranvier.

Les cellules épithéliales du conduit glomérulaire présentent, en effet, du côté de leur extrémité libre, une portion hyaline qui s'étire et se fragmente sous forme de petites masses colloïdes, sphériques, qu'on retrouve dans la sueur.

De toutes les maladies cachectisantes, la plus importante au point de vue de l'hypersécrétion sudorale est la phtisie pulmonaire. Les sueurs des phtisiques reconnaissent une pathogénie complexe qui n'est certainement pas la même dans tous les cas. Leur cause principale est la toxhémie infectieuse provenant de l'infection tuberculeuse elle-même ou des infections secondaires. Cette toxhémie donne naissance à la fièvre hectique qui est une fièvre sudorale ; elle agit vraisemblablement sur la diaphorèse par l'intermédiaire du système nerveux. Toutefois, d'autres facteurs contribuent à produire ou à augmenter l'hyperhidrose de la phtisie, en premier lieu la dyspnée et la diminution de la perspiration pulmonaire comme dans toutes les maladies de poitrine. En second lieu, on observe chez les phtisiques des sueurs reflexes dépendant des accès de toux, des vomissements, de la difficulté des digestions et enfin des sueurs compensatrices provoquées par la suppression ou la diminution de la diarrhée — s'il faut en croire l'opinion de Graves qui admettait une sorte de balancement entre ces deux sécrétions. L'action de toutes ces causes est d'ailleurs grandement favorisée chez les tuberculeux par la dépression profonde de l'organisme.

L'hyperhidrose peut aussi se montrer dans certains cas d'insuffisance rénale à titre de sécrétion vicariante. On a observé une diaphorèse exagérée dans l'urémie et la sueur renfermait parfois de l'urée qui formait un dépôt pulvérulent à la surface de la peau.

*Ephidrose.* — L'éphidrose est plus fréquente que l'hyperhidrose généralisée. Elle peut siéger sur toutes les parties du corps suivant sa cause, mais les régions les plus fréquemment atteintes sont : la face, le cuir chevelu, les aisselles, les aines et les parties génitales, la paume des mains et la plante des pieds.

*Ephidrose faciale.* — L'éphidrose faciale totale ou partielle existe dans la migraine, dans les névralgies du trijumeau, parfois dans la maladie de Basedow.

En dehors de tout état morbide, certaines personnes ont la face couverte de sueur à la moindre émotion, à la moindre élévation de température extérieure, quelquefois même seulement sous l'influence de la mastication.

*Ephidrose parotidienne.* — Chez d'autres, l'impression gustative des aliments rapides détermine par action reflexe une éphidrose localisée à la région parotidienne. L'explication de cette éphidrose parotidienne a été fournie par Brown-Séquard qui en était lui-même atteint.

L'éphidrose du cuir chevelu est observée presque exclusivement chez les hommes ; elle est une cause fréquente de calvitie. Son existence est liée à l'influence de la constitution arthritique et goutteuse, de même que la plupart des autres hyperhidroses localisées ou généralisées, dites idiopathiques, parce qu'on ne peut les rattacher à aucun état pathogénique bien déterminé. Au contraire, les sueurs des aisselles sont plus communes chez les femmes que chez les hommes ; elles sont quelquefois odorantes. Elles se compliquent souvent d irritation cutanée, d'érythème et d'eczéma et même d'inflammations plus profondes et de suppuration, notamment de furoncles et d'hidrosadénites. Sous cette dernière dénomination, on désigne, comme vous savez, l'inflammation des glandes sudoripares.

La même hypersécrétion sudorale existe aussi fréquemment aux aines et aux parties génitales et dans ces régions elle donne lieu également à des éruptions intertrigineuses ou eczémateuses comme dans les aisselles.

L'éphidrose est plus rare dans la continuité des membres. Elle est généralement localisée aux extrémités. Cependant, d'après Verneuil, la sudation exagérée des jambes constitue un bon signe de varices profondes.

Mais de toutes les hyperhidroses locales les deux plus importantes sont l'éphidrose palmaire et l'éphidrose plantaire.

L'éphidrose palmaire siège non seulement sur la paume de la main, mais aussi sur les bords latéraux des doigts ; elle est bilatérale et symétrique. Elle constitue une infirmité permanente très désagréable. Les personnes qui en sont atteintes tâchent tous les objets qu'elles saisissent ; leurs mains sont froides et gluantes et donnent, quand on les touche, une sensation comparable au contact d'une limace. Cette éphidrose existe surtout chez les sujets à tempérament nerveux excessif, elle est augmentée encore par la moindre émotion.

A côté de la forme précédente qu'on peut considérer comme idiopathique, il y a des éphidroses palmaires symptomatiques. Au début de la tuberculose pulmonaire, on observe parfois des sueurs localisées à la paume des mains, en même temps qu'au-devant de la poitrine. D'autre part, chez les femmes nerveuses, la syphilis à la période secondaire produit souvent, d'après les constatations de M. Fournier, une hypersécrétion sudorale de la région palmaire.

*Ephidrose plantaire.* — L'éphidrose plantaire est plus commune que l'éphidrose palmaire ; elle est non moins incommode par l'humidité permanente qui mouille les bas et les chaussures, par l'irritation qui résulte de la macération de l'épiderme. Celui-ci se soulève par lambeaux ; des exulcérations se produisent entre les orteils et la marche devient quelquefois très difficile. J'ajoute que la sueur des pieds répand toujours une odeur fétide, sur laquelle je reviendrai plus spécialement tout à l'heure en traitant de la bromhidrose.

*Hémiplégie sudorale.* — Parmi les hyperhidroses localisées, je ne saurais oublier celle qu'on observe quelquefois dans l'hémiplégie et qui est limitée au côté paralysé,

Digitized by Google

l'autre moitié du corps restant indemne; on lui a donné le nom d'hémiplégie sudorale. Cette éphidrose unilatérale est due vraisemblablement à un trouble fonctionnel du grand sympatique. Vous connaissez l'expérience célèbre de Claude Bernard qui, par la section du rameau cervical du grand sympathique, produit une *hémidrose faciale* du côté de la lésion en même temps qu'une congestion unilatérale de la face du même côté. C'est sans doute par un mécanisme semblable que les lésions pathologiques du système nerveux produisent un phénomène du même ordre.

*Ephidrose de l'accès de goutte.* — Pour terminer l'étude séméiologique des sueurs partielles, je dois vous signaler encore l'éphidrose locale qui termine habituellement l'accès de goutte.

Le pronostic de l'hyperhidrose générale ou locale varie avec la cause qui lui a donné naissance. L'hyperhidrose idiopathique, qui n'est liée à aucune maladie antérieure, n'est grave que par sa persistance indéfinie et par la gêne qu'elle produit. Elle est surtout grave par les causes permanentes de refroidissement auxquelles elle expose les sujets qui sont constamment en sueur.

Cette incommodité qui mérite à peine le nom de maladie offre une résistance désespérante à tous les traitements.

*Médication générale.* — Dans l'hyperhidrose générale on a essayé à l'intérieur le tannin, l'agaric blanc, le phosphate de chaux, l'atropine. Ces médicaments donnent quelquefois des résultats dans les sueurs symptomatiques ; mais ils sont sans efficacité dans l'hyperhidrose idiopathique. Les préparations toniques, le fer et le quinquina sont parfois utiles. Les antispasmodiques surtout sont plus logiquement indiqués ; vous prescrirez le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque ou l'extrait de valériane aux doses habituelles.

Les moyens locaux les plus actifs sont les lotions vinaigrées ou alcooliques fréquemment répétées et surtout l'hydrothérapie froide.

Dans toutes les variétés d'éphidrose c'est uniquement à la médication locale que vous devrez avoir recours. Les lotions astringentes sont les procédés thérapeutiques qui donnent les meilleurs résultats. Vous pourrez employer les solutions d'alun, de tannin, de borax ou d'acétate de plomb liquide.

| | |
|---|---|
| Tannin | 1 gr. |
| Alcool ou eau | 200 gr. |
| Alun | 10 gr. |
| Eau | 250 gr. |
| Borax | 10 gr. |
| Eau | 250 gr. |
| Acétate de plomb liquide | 10 gr. |
| Eau | 250 gr. |

Pour l'éphidrose plantaire les bains de pied astringents prolongés pendant un quart d'heure et même davantage sont ordinairement plus efficaces que les lotions. Ils doivent être préparés avec une décoction d'écorce de chêne ou de feuilles de noyer dans laquelle vous ferez dissoudre pour un litre 20 grammes de borax environ.

A la suite des lotions ou des bains, quand les parties seront bien essuyées, vous les ferez saupoudrer avec la poudre suivante :

| | |
|---|---|
| Talc pulvérisé et tamisé | 100 gr. |
| Acide salicylique | 2 à 3 gr. |

De plus, dans l'éphidrose plantaire, vous ferez bien de séparer les orteils avec un morceau de linge fin pour éviter le contact et la macération des deux surfaces cutanées contigues.

L'éphidrose palmaire qui est toujours liée à des troubles nerveux comporte un traitement spécial en dehors des moyens précédents. Elle est souvent améliorée par l'électricité sous forme de courants continus descendants appliqués le long du rachis.

*Bromhidrose.* — La sueur peut ne pas être modifiée seulement dans sa quantité, mais altérée aussi dans sa qualité, notamment dans son odeur. Les sueurs odorantes constituent la *bromhidrose* qu'on a appelée quelquefois l'*osmhidrose*.

La bromhidrose est ordinairement associée à l'hyperhidrose, moins souvent aux sueurs généralisées qu'aux sueurs partielles.

L'hyperhidrose généralisée du rhumatisme articulaire aigu est caractérisée par une odeur acide et pénétrante spéciale qu'on a attribuée, sans preuves démonstratives d'ailleurs, à la présence de l'acide lactique libre.

On a signalé dans certains cas d'ictère une odeur musquée de la sueur dont on ne connaît pas la cause.

Dans toutes les affections septicémiques, la transpiration répand une odeur fétide due sans doute à l'élimination cutanée des produits toxiques d'origine infectieuse.

Dans les affections chroniques des voies urinaires, la sueur possède souvent une odeur urineuse. Il en est de même dans l'anurie et surtout dans l'anurie hystérique prolongée. Vous savez en effet que, dans une certaine mesure, la sécrétion sudorale peut éliminer les mêmes principes que l'excrétion urinaire.

Chez les hystériques, également, la rétention des matières fécales produite par la paralysie intestinale dont la durée peut être très longue et qui peut résister à tous les purgatifs donne à la sueur une odeur fécale quelquefois très prononcée. Le même phénomène a été observé dans toutes les formes d'occlusion intestinale.

*Bromhidrose partielle.* — Mais c'est surtout dans les éphidroses que la sueur possède une odeur particulière principalement dans l'éphidrose des aisselles, dans celle des parties génitales et surtout dans celle de la plante des pieds.

L'éphidrose axillaire est quelquefois fétide, d'une odeur

Digitized by Google

aigre ou rance ; mais, souvent aussi, cette odeur n'est pas désagréable, elle rappelle l'ambre ou la violette.

La sueur des organes génitaux possède une odeur fétide, moins fétide cependant que celle de la plante des pieds et d'un caractère différent, c'est une odeur spéciale qu'on ne peut comparer à aucune autre.

La transpiration des pieds est, elle, d'une fétidité repoussante. La bromhidrose plantaire constitue une véritable infirmité. Son odeur est comparée vulgairement à celle du fromage de Gruyère ranci ; c'est en effet la comparaison la plus exacte.

*Causes de la bromhidrose.* — La cause de la bromhidrose partielle a été attribuée en partie à la putréfaction des produits épidermiques et sébacés mélangés à la sueur, en partie à un changement dans la composition chimique de la sécrétion sudorale. Le séjour de la sueur à la surface de la peau peut en effet entraîner, ainsi que l'a montré Ch. Robin, le dédoublement des corps gras neutres et la décomposition des sels à acides gras avec mise en liberté de ces derniers dont beaucoup sont volatils et donnent sans doute à la sueur son odeur particulière.

L'explication précédente est tout au plus une explication physiologique, mais si l'on veut remonter à la cause primordiale, constitutionnelle de cette modification de la secrétion sudorale, il faut avouer que nous sommes à cet égard dans une ignorance absolue.

La bromhidrose est plus fréquente chez les individus à poils roux. C'est une infirmité permanente ; néanmoins, sa fétidité diminue quelquefois avec l'âge.

*Traitement.* — Le traitement de la bromhidrose comprend surtout des soins de propreté minutieuse, principalement pour la sueur des pieds qui est la plus désagréable.

Les malades prendront deux bains de pied par jour et changeront de bas après chaque bain. Les lotions alcooliques et aromatiques sont très utiles. Je vous conseille surtout les bains de pied avec une solution de borax à 20 gr. par litre additionnée, pour un litre également, d'une cuillerée de teinture de benjoin.

On a préconisé aussi les lotions avec une solution de permanganate de potasse au centième ou au deux centième ou avec une solution étendue de perchlorure de fer. Ces lotions ont le grand inconvénient de tacher la peau.

La solution alcoolique de naphtol à cinq pour cent additionnée d'une petite quantité de glycérine donne souvent de bons résultats.

Je ne suis pas partisan des pommades et des emplâtres de compositions diverses qui ont été conseillés par les médecins allemands, car elles ont pour effet de ramollir l'épiderme.

A la suite des lotions ou des bains, il faudra poudrer les parties malades avec un mélange de talc et d'acide salicylique, dans les proportions que je vous ai indiquées à propos du traitement des éphidroses.

*Altérations de coloration de la sueur.* — Les modifications de couleur de la sueur sont beaucoup plus rares que les altérations précédentes. Vous connaissez déjà la coloration rouge de l'hémathidrose et la cause de cette coloration spéciale. On a publié, d'autre part, des faits d'ictère accompagné de sueurs jaunes.

Sans nier absolument la possibilité des sueurs ictériques, colorées par les principes de la bile, je crois que ce phénomène est tout à fait exceptionnel.

*Chromhidrose.* — Mais il y a un vice particulier de sécrétion des glandes sudoripares. Caractérisé par l'apparition de sueurs colorées sur certaines régions limitées de la peau, ce vice de sécrétion, bien étudié par M. Le Roy de Méricourt, est généralement connu sous le nom de chromhidrose.

Avant M. Le Roy de Méricourt, l'existence chez certains sujets de taches formées par une sécrétion de matière colorée avait déjà été signalée par différents auteurs sous des noms différents que je passe intentionnellement sous silence parce qu'ils n'ont plus qu'un intérêt historique, notamment en 1709 par un médecin de Plymouth, James Yonge, plus tard par Lecat, par Billard, par Néligan, par Erasmus Wilson. Mais c'est à M. Le Roy de Méricourt, en 1857, que l'on doit la première description complète de cette singulière maladie.

Cet auteur a eu longtemps à lutter pour faire admettre la réalité de cette affection. Beaucoup considéraient cette coloration de la peau comme une supercherie, mais l'existence de la chromhidrose ne peut être révoquée en doute après que Ch. Robin eut démontré la présence de la matière colorante, avec ses caractères particuliers, dans l'intérieur des glomérules sudoripares.

*Symptômes.* — La chromhidrose est constituée par des taches plus ou moins étendues, ordinairement noires ou d'un bleu foncé, siégeant sur la peau des paupières, principalement sur les paupières inférieures.

Mais le siège et la coloration de ces taches peuvent être différentes.

C'est aux paupières qu'elles sont le plus fréquentes, puis sur les autres parties de la face : les joues, le front, les ailes du nez. Tous les points de la figure peuvent être atteints à l'exception des oreilles. Quand les quatre paupières sont affectées, la coloration noire est toujours plus foncée aux paupières inférieures.

En dehors de la face on a observé beaucoup plus rarement la chromhidrose sur le cou, au-devant du sternum, sur le ventre, aux mains et aux pieds.

La coloration des taches, comme je vous l'ai déjà dit, est presque toujours noire ou d'un bleu foncé, ardoisé. Elle peut être jaune, rose ou rouge.

La chromhidrose noire ou bleue localisée aux paupières donne à la physionomie un aspect particulier. Quand elle est peu marquée, cette teinte fait paraître les yeux plus

Digitized by Google

profonds et leur donne un éclat plutôt séduisant ; mais quand la coloration est très foncée, surtout quand elle occupe les deux paupières, elle devient disgracieuse et produit une sorte d'aspect de lunettes fumées. Le désagrément est encore plus grand quand des taches noires, plus ou moins larges, sont disséminées sur la face.

La coloration de la chromhidrose n'est pas toujours noire ou bleue ; elle peut être jaune, rose ou rouge. Un malade de M. Le Roy de Méricourt avait une chromhidrose rose, localisée au cou.

J'ai observé moi-même, il y a trois ans, à ma consultation d'hôpital, un homme qui était atteint de chromhidrose rouge de l'éminence thenar et de la partie antérieure et externe du poignet gauche. Cette coloration s'enlevait par le frottement et la sécrétion de la matière colorante était intermittente, se reproduisait irrégulièrement au bout de quelques heures, de vingt-quatre heures ou de plusieurs jours. Ce malade était un forgeron, habitant les environs de l'hôpital Saint Louis, qui avait déjà été atteint de la même affection quelques années auparavant. La coloration morbide avait disparu, à cette époque, sans aucun traitement. Cet homme vint me consulter deux fois à huit jours d'intervalle et je ne le revis plus.

J'ai eu l'occasion d'observer un autre cas de chromhidrose rouge en 1895 à l'hôpital Saint-Antoine, chez une femme de 53 ans, rhumatisante, variqueuse, obèse et nerveuse, qui était atteinte de cette affection depuis une année. La matière sécrétée, d'un rouge carmin, ressemblait à une couche de couleur qu'on aurait étalée avec un pinceau. Elle occupait les mains et les avant-bras sous forme de traînées et de plaques diffuses multiples de dimensions variées ; elle s'effaçait assez facilement par le lavage.

*Caractère de la sécrétion colorée.* — Bien que je n'aie pas suivi longtemps ces deux malades, j'ai pu constater très nettement chez eux les caractères de la chromhidrose. La matière colorante s'enlevait par une frottement énergique et tachait le linge ; la sécrétion se reproduisait spontanément après le nettoyage de la peau.

Ce qui différencie en effet complètement la chromhidrose des autres colorations cutanées, c'est que la matière colorante peut être enlevée par le râclage avec une spatule ou par le frottement avec un linge dur, sec, ou imbibé d'huile. Après le nettoyage, la peau redevient blanche, mais la coloration reparaît au bout d'un temps variable.

Si l'on examine au microscope la matière colorante ainsi enlevée, on voit qu'elle est uniformément opaque, homogène, non granuleuse, ressemblant d'après la comparaison de Hardy — à part sa coloration — à des fragments brisés d'une mince couche de gélatine desséchée. Elle se distingue donc très facilement du bleu de Prusse, du noir de fumée et des autres matières colorantes artificielles qui sont toujours formées de granules plus ou moins fins.

La présence de taches colorées est le seul symptôme de la chromidrose ; ces taches ne sont le siège d'aucune douleur, d'aucun prurit. La santé générale n'est pas altérée. Si l'on constate des phénomènes nerveux connexes, ceux-ci sont sous la dépendance de la même cause que la chromhidrose, mais ne sont pas produits par elle.

*Etiologie.* — C'est en effet surtout chez les femmes nerveuses que l'on a observé la chromhidrose. Les autres causes de la maladie sont très discutables. Je n'en parlerai pas.

*Evolution de la maladie.* — La maladie se développe soudainement, sans phénomènes précurseurs. Une fois établie, elle présente une marche irrégulière et variable. Quelquefois, elle dure indéfiniment; dans d'autres cas, elle disparaît complètement pour reparaître à des intervalles plus ou moins éloignés. Parfois, la coloration est permanente, parfois au contraire la sécrétion colorée est intermittente et ne se montre que de temps en temps, trop souvent à l'occasion d'une émotion.

*Diagnostic.* — La chromhidrose peut guérir spontanément ; elle disparaît alors définitivement, comme elle est apparue, sans raison appréciable. Le diagnostic de cette affection est facile, quand on a bien constaté les caractères de la sécrétion morbide. L'enlèvement des taches et leur réapparition spontanée distinguent la chromhidrose de toutes les dermatoses pigmentaires; elles la distinguent également des colorations artificielles pour les cosmétiques de toutes sortes.

Si l'on examine la région atteinte de chromhidrose à l'aide d'une loupe, on voit de plus que les poils follets ne sont pas colorés, tandis qu'ils sont au contraire couverts de particules colorantes quand la teinte de la peau résulte d'une application externe.

L'examen à la loupe permet en même temps de reconnaître que la sécrétion ne provient pas des glandes sébacées, car les orifices de ces glandes ne sont pas dilatés comme ils le sont dans la séborrhee, En outre, la matière sécrétée et examinée au microscope ne renferme pas de granulations graisseuses.

*Pronostic et traitement.* — La chromhidrose n'est grave que par l'aspect déplaisant qu'elle donne au visage, car c'est au visage qu'elle siège le plus souvent.

Elle est surtout grave en ce qu'elle est au-dessus de toutes les ressources thérapeutiques. Nous ne connaissons aucun moyen de la guérir. On ne peut qu'enlever incessamment le produit de la sécrétion à mesure qu'il se renouvelle. On y arrive assez facilement au moyen de frictions avec un linge humecté d'huile.

Il sera utile, en même temps, de traiter l'état général des sujets et surtout les troubles nerveux qui accompagnent habituellement la chromhidrose et qui ont certainement une influence prépondérante sur sa production

Digitized by Google

# CLINIQUE CHIRURGICALE

## Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale secondaire pour un abcès du parenchyme utérin

Par le Dr Schwartz, *chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine*

Les abcès du parenchyme utérin sont assez rares pour que nous croyions devoir rapporter le fait suivant intéressant à plus d'un titre.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, P. V., entrée une première fois, dans notre service de l'hôpital Cochin, le 30 mars 1890, pour des accidents de suppuration pelvienne. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'à ces deux dernières années ; ses règles sont toujours abondantes. Elle a eu son premier enfant à 18 ans 1/2 ; en sept ans, elle a eu cinq enfant set deux fausses couches, dont une il y a huit ans, suivie de métrite; c'est de là que datent les accidents qui l'amenèrent à l'hôpital, depuis lors, en effet, elle n'a cessé de souffrir du bas-ventre, à gauche surtout. Les douleurs sont très vives, reviennent par accès, elles se sont beaucoup accentuées depuis trois semaines avec irradiations dans les reins, la hanche, la cuisse et le genou du côté droit ; elle a des pertes blanches abondantes ; elle souffre un peu en urinant.

A l'examen, on trouve un utérus volumineux 8 centim. à l'hystérométrie, peu mobile avec un gros col ulcéré, laissant écouler des glaires muco-purulentes, les deux culs-de-sac sont pleins et douloureux, le palper bimanuel permet de constater que les annexes des deux côtés sont volumineuses, douloureuses et il paraît y avoir un foyer fluctuant à gauche.

Le diagnostic est : double annexite avec métrite post-puerpérale, foyer de suppuration à gauche probablement dans la trompe. Pendant un mois, la malade est soumise au traitement par l'eau chaude ; injections vaginales de 4 à 5 litres chaque fois, à 45°, lavements chauds de 3/4 de litre, à 45°, applications chaudes sur le ventre et bains chauds. Sous cette influence, les phénomènes douloureux s'apaisent, l'utérus diminue de 1/2 centimètre, quand, un mois après son entrée éclatent des signes non équivoques d'une pelvi-péritonite qui est activement combattue et à peu près terminée le 31 mai 1896.

Ne voyant aucune rétrocession du côté des lésions annexielles, on propose à la malade l'hystérectomie vaginale totale avec ablation bilatérale des ovaires et des trompes; celle-ci est acceptée.

*Opération le 9 juin.* Il est absolument impossible de faire descendre l'utérus, à cause de la friabilité du parenchyme utérin qui se déchire à chaque prise ; de fortes adhérences à la vessie qui risquent de la faire ouvrir, de fortes adhérences aussi en arrière au niveau du Douglas. Bref, l'utérus étant laissé en place, on pratique la laparotomie et la castration double; à gauche l'on trouve une salpingite parenchymateuse avec épaississement de la trompe et abcès de l'ovaire adhérent au cul-de-sac gauche : à droite, il y a de l'ovaro-salpingite parenchymateuse avec adhérences, mais sans foyers de suppuration. Toilette du péritoine, drainage du cul-de-sac de Douglas à l'aide d'un gros drain entouré de gaze iodoformée qu'on enlève dès le deuxième jour.

Guérison rapide, la malade sort en effet le 7 juillet, ne souffrant plus.

Elle vient nous revoir en octobre 1896 ; on constate la présence d'une petite éventration au niveau du drainage ; elle dit souffrir de nouveau depuis quelques semaines, l'on ne sent rien dans les culs-de-sac qui sont libres, l'utérus est mobile ; la pression sur le fond est un peu douloureuse, il y a toujours des pertes un peu sanguinolentes sans que la malade ait des règles proprement dites.

Nous essayons le traitement par les lavages, les tamponnements glycérinés, mais elle continue à souffrir et cela de plus en plus, de telle façon qu'elle demande instamment à être délivrée par n'importe quel moyen.

Elle rentre à l'hôpital en juin 1897. Nous constatons très nettement qu'il n'y a rien du côté des culs-de-sac; mais l'utérus est devenu plus volumineux depuis notre dernier examen, son fond est très sensible surtout à la pression, sans qu'on puisse percevoir aucune saillie anormale.

Comme l'hystérectomie vaginale n'avait pu être faite lors d'une première tentative, je choisis cette fois la voie abdominale pour extirper en totalité l'organe malade.

*Opération le 5 juillet 1897.* Position de Trendelenbourg. Après une incision longue de 15 centimètres commençant au-dessus du pubis, nous trouvons l'utérus volumineux, dépassant de deux travers de doigt la symphyse : il est attiré à l'aide d'une forte pince de Museux ; nous sommes frappé de l'intégrité complète du côté des ligaments larges, les pédicules tubo-ovariens ne présentant rien d'anormal ; nous trouvons des deux côtés intacts et enkystés les fils de soie qui ont servi à leur ligature. Section entre deux pinces du ligament large gauche ; taille d'un lambeau préutérin péritonéal et décollement de la vessie ; rasant l'utérus à gauche comme une tumeur, je tombe sur l'artère utérine gauche qui est pincée, j'ouvre le cul de-sac vaginal gauche et désinsère rapidement le vagin en arrière, laissant l'utérus à droite, je pince l'utérine droite et coupe tout ce qui reste. L'opération a été rapidement faite ; nous procédons aux ligatures de tout ce qui a été pincé, quand, à droite, survient un incident ; une grosse branche artérielle (de l'utérine très probablement) se débarrasse de sa ligature et se met à donner : tous nos essais pour la saisir sont vains quoique tout soit largement en vue, l'artère s'étant retractée dans le tissu celluleux du petit bassin, la compression arrête l'hémorragie. L'hémostase une fois faite, nous cherchons à trouver le vaisseau qui a donné, impossible de le voir. Sutures des ligaments larges, sutures du péritoine au

Digitized by Google

vagin, drainage à l'aide d'une mèche vaginale de gaze iodoformée.

Fermeture de la paroi abdominale à 3 plans de suture. Nous prévenons notre interne Hepp de se tenir prêt à faire un fort tamponnement, si une hémorragie se produisait et qu'il ne pût pas saisir et lier le vaisseau.

Tout reste calme pendant trois heures; mais, au bout de trois heures, la malade bien réveillée, une violente hémorragie se produisit, qui nécessita l'ouverture partielle de la suture et un fort tamponnement à la Mikulicz.

Celui-ci fut enlevé quarante huit heures après, la mèche vaginale fut enlevée le septième jour.

La malade est actuellement guérie et la réunion est complète.

L'utérus enlevé nous montra les lésions suivantes : 1° de l'endométrite manifeste ; 2° de la métrite parenchymateuse avec dégénérescence graisseuse du parenchyme ; 3° au niveau du fond en arrière et au-dessus de l'insertion de la trompe sur la matrice, se voit une bosselure grosse comme une noix, faisant relief sur elle comme un petit corps fibreux, mais cette bosselure est fluctuante. L'examen du moignon de trompe droit montre qu'il est intact : la collection siège en dehors du canal tubaire en plein tissu musculaire ; l'incision fait jaillir un pus jaune épais qu'on a eu soin de recueillir avant l'ouverture dans une pipette stérilisée. Il s'agit d'un abcès de l'utérus que l'examen bactériologique nous montre formé de staphylocoques dorés purs. C'était le seul qui existât dans l'organe, qui partout ailleurs présentait la coupe d'une métrite parenchymateuse chronique.

Il y a deux faits intéressants dans cette observation : 1° la lésion ; 2° le traitement qui lui a été appliqué.

Comme nous l'avons dit, au début, les abcès du parenchyme même de l'utérus sont rares. On paraît les avoir surtout observés après des infections puerpérales aigues comme dans le cas signalé par Augustin (*Inaugural dissertation*, Leyden, 1893) ; leur évolution est alors rapide et fébrile comme celle des abcès lymphangitiques.

Ici, nous avons eu affaire à un abcès qui s'est développé lentement, sans fièvre aucune, et qui ne s'est traduit que par des douleurs spontanées très violentes, avec irradiations dans le petit bassin. Où exactement s'est-il développé et comment ? c'est ce que nous ne saurions dire ; mais nous pouvons affirmer que, contrairement à ce que nous pensions devoir exister tout d'abord, il n'avait aucune connexion au moins apparente avec l'infundibulum tubaire restant après la castration, quoiqu'il soit impossible de ne pas admettre une relation intime entre la salpingo-ovarite, la métrite et l'abcès de voisinage. Le traitement a été l'hystérectomie totale. Etant donné la technique perfectionnée que nous possédons actuellement, il nous a semblé qu'il n'y avait aucune hésitation dans l'indication ; celle-ci, d'ailleurs, dans le cas actuel était tirée des lésions de l'utérus en totalité, et de ce fait encore que la castration avait déjà été pratiquée un an auparavant.

Nous avons fait l'opération par le procédé américain un peu modifié ; malgré tout, l'hémostase qui est généralement facile a présenté ici quelque difficulté qu'il faut, malgré tout, s'attendre à rencontrer de temps en temps, quand il s'agira d'hystérectomie abdominale totale. Le cas échéant, si nous nous trouvions de nouveau dans les mêmes conditions, nous lierions l'utérine au delà de l'utérus, dans le petit bassin, plutôt que de nous exposer à une hémorrhagie secondaire comme celle à laquelle nous avons eu affaire. La solidité apparente de l'hémostase primitive nous a empêché d'y avoir recours immédiatement.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Influence de l'administration des acides et des alcalins sur l'acidité du contenu stomacal.** — Dans un travail fort documenté, Hoorweg et Boekelman ont cherché à déterminer quelle est l'influence exercée par l'administration des acides et des alcalins sur la sécrétion stomacale (*Med. tyasch. v. Geneeskunde*, 1896, n° 23). De nombreuses expériences instituées avec toute la rigueur scientifique voulue, tant chez des malades que chez des animaux, ont conduit les auteurs à des conclusions intéressantes que l'on peut résumer comme suit :

I. *Chez l'homme.* L'administration de solutions *acides* diluées (0,219 — 0,73 0/00) d'acide chlorhidrique ne donnent pas lieu à une augmentation de l'acidité du contenu stomacal ; on peut en conclure que la sécrétion de l'acide chlorhydrique est diminuée. Si la solution acide est concentrée (1—2 0/00), on constate une diminution considérable de l'acidité, sans modification de la teneur en chlore ; ce qui porte à admettre que l'acide ingéré est neutralisé et que la sécrétion d'acide chlorhydrique est très faible.

L'administration de solutions *alcalines* diluées (0,336 — 0,78 0/00 de potasse caustique) n'augmentent pas l'acidité du suc gastrique ; celle-ci est légèrement diminuée sous l'influence de solutions plus concentrées (0,78 — 1,12 0/00).

II, *Chez les animaux.* Les solutions *acides* concentrées (1 — 2 0/00) donnent lieu à une diminution notable de l'acidité du contenu stomacal ; cette diminution est surtout marquée avec l'acide acétique. Le contenu stomacal est augmenté. Il y a sécrétion d'une forte quantité de Na Cl et neutralisation par Na. Très probablement il n'y a pas sécrétion d'acide chlorhydrique.

Les solutions *alcalines* concentrées (0,1 — 1 0/00) diminuent l'acidité du contenu stomacal. Il y a neutralisation et sécrétion moindre d'acide chlorhydrique. Le contenu stomacal est augmenté. — L. Demoor.

**Sur la manière d'administrer l'huile de foie de morue** (*Bricemoret*).

| | |
|---|---|
| Huile de foie de morue..... | 400 grammes |
| Sirop de baume de Tolu..... | 200 — |
| Teinture de Tolu..... | XII gouttes |
| Essence de girofle..... | II — |

Ne pas émulsionner ; au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange, dont on administre une cuillerée à bouche 2 à 3 fois par jour. De cette manière, le goût seul du sirop aromatisé persiste après l'ingestion.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

**Traitement de la conjonctivite granuleuse.** — La conjonctivite granuleuse ou trachome est une de ces affections communes et graves dont aucun médecin ne doit ignorer le traitement. Si banal que soit le sujet, on nous pardonnera d'y insister aujourd'hui, et cela principalement parce que la multiplicité des essais thérapeutiques actuels est bien faite pour jeter le trouble dans l'esprit du praticien et lui faire perdre de vue ce qu'il est vraiment utile de faire en pareil cas.

On ignore le microbe du trachome, mais sa *contagiosité* trop réelle démontre bien sa nature parasitaire. On peut rencontrer le trachome dans tous les milieux, il est cependant particulièrement fréquent chez les malheureux qui vivent en promiscuité dans l'air confiné; à ce compte on peut le considérer comme une maladie de misère qui diminuera et même disparaîtra avec les progrès de la salubrité des usines et des logements d'ouvriers et surtout si jamais le bien-être et la propreté qui en résultent deviennent l'apanage des classes pauvres. Mais actuellement la fréquence de la conjonctivite granuleuse est considérable dans tous les quartiers populeux des grandes villes et si elle conduit rarement à la cécité complète, elle ne frappe pas moins beaucoup de malheureux d'incapacité de travail.

Il faut rechercher la conjonctivite granuleuse. Elle peut en effet passer inaperçue, ne déterminant souvent au début qu'un peu de rougeur des bords palpébraux et ne devenant gênante que lorsque le malade s'expose à la poussière, au vent, au grand soleil. Mais, si l'on retourne la paupière supérieure (ce qui est facile en saisissant les cils et déprimant la paupière avec un stylet quelconque), les granulations apparaissent comme des grains de semoule parsemant le tarse supérieur sur lequel elles ne font d'abord qu'une légère saillie. Elles peuvent être limitées au tarse ou envahir aussi le cul-de-sac supérieur et même toute la surface conjonctivale aussi bien en bas qu'en haut. Plus tard la conjonctive prend un aspect framboisé et se montre hérissée de grosses papilles irrégulières, de fongosités translucides ou saignantes.

Abandonnées à elles-mêmes, les parties malades finissent a la longue, au bout de plusieurs mois et même de *plusieurs années*, par se cicatriser. Mais cette cicatrisation entraîne fatalement un recroquevillement des tarses, un renversement en dedans des bords ciliaires, un *entropion cicatriciel* qui porte les cils au contact permanent de la cornée. Si cette membrane a échappé aux diverses lésions qui peuvent l'attendre au cours de la conjonctivite granuleuse (pannus, ulcérations) elle ne peut manquer alors, par suite de l'irritation constante causée par les cils, de se vasculariser et de s'opacifier.

Ainsi, les ulcérations cornéennes, le pannus, la rétraction cicatricielle des tarses et l'entropion, sont couramment le résultat de la conjonctivite granuleuse abandonnée à elle-même.

Elle est cependant une maladie essentiellement curable dans l'immense majorité des cas; son traitement est presque toujours des plus simples... seulement il demande de la part du malade et du médecin une patience et une ténacité qui font souvent défaut, et c'est là ce qui constitue la véritable cause des ravages que fait encore la conjonctivite granuleuse.

Il ne faut pas, en effet, compter la guérir en quelques jours comme on arrête par le nitrate d'argent une conjonctivite purulente. Comme la marche même de la maladie, la guérison est en quelque sorte chronique, c'est-à-dire longue à obtenir complète. Le *granuleux* doit donc être prévenu qu'il faut des mois de traitement quotidien par le *sulfate de cuivre* pour obtenir une guérison définitive.

Mais ce traitement si long, pas n'est besoin d'être un spécialiste pour l'appliquer. Les paupières étant renversées (par le procédé indiqué plus haut), il suffit de badigeonner largement les surfaces granuleuses ainsi mises en évidence avec un pinceau imbibé de la solution suivante.

| | |
|---|---|
| Glycérine..... | 10 |
| Sulfate de cuivre..... | 1 |

Il en résulte une forte cuisson qui dure près de deux heures; mais ensuite le malade est soulagé, sent ses paupières plus souples. Il faut profiter de cette sensation de bien-être qui va s'accentuant les jours suivants pour lui faire apprécier l'efficacité du traitement qu'il aura à subir pendant des mois. L'écueil à redouter est en effet que le malade, amélioré par quelques cautérisations et se croyant bien à tort guéri, abandonne le traitement et ne songe à le reprendre que sous le coup d'une aggravation.

La guérison véritable, si longue à obtenir, nous ne craignons pas de le répéter, ne peut être constatée que par le médecin qui, retournant les paupières du malade, ne doit lui conseiller la cessation du traitement que si non seulement il ne reste aucune granulation sur le tarse ou dans les culs-de sac, mais encore si la conjonctive, même au niveau des culs de-sac, ces nids à granulations, n'est plus ni rouge, ni boursouflée, mais, au contraire, a repris son épaisseur normale ou même un aspect blanchâtre ou parcheminé, signe d'une légère sclérose et qui est en général le gage d'une bonne guérison.

Utilisé depuis des siècles contre la conjonctivite granuleuse, le sulfate de cuivre en reste donc le véritable spécifique et les nombreux essais faits pour trouver d'autres traitements proviennent beaucoup plus de la lenteur de son action (inhérente au siège profond de la conjonctivite

Digitized by Google

granuleuse), que d'une efficacité insuffisante, dont l'accusent seuls ceux qui ne l'ont pas méthodiquement utilisé.

Ce n'est pas à dire que des indications spéciales ne se présentent souvent. Ainsi, par exemple, lorsque les granulations s'accompagnent d'une abondante sécrétion purulente, les cautérisations au *nitrate d'argent* à 1 ou 2 0/0 sont fort utiles. Elles doivent être continuées aussi longtemps que dure le catarrhe, mais celui-ci arrêté, le sulfate de cuivre doit toujours être repris, comme étant le véritable spécifique de l'état granuleux.

Le *massage* des conjonctives malades, de préférence au moyen de la pulpe du pouce recouverte d'une poudre telle que l'acide borique ou l'aristol, est utile pour interrompre de temps à autre les longues séries de cautérisations au cuivre et empêcher l'accoutumance de la muqueuse à ce médicament. On l'emploiera également dans le cas de granulations sèches, dures, que le massage fait saigner et dont il semble favoriser la résorption.

Les ulcères de la cornée surviennent surtout au cours des conjonctivites granuleuses mal soignées et nombre de malades qui viennent consulter pour l'ulcère sont trouvés atteints d'une conjonctivite granuleuse qui en est la cause. Il convient alors de s'attaquer beaucoup plutôt aux granulations qu'à la lésion cornéenne, celle-ci guérira presque toujours d'elle-même à mesure que la conjonctivite ira s'améliorant. Il en est de même du pannus contre lequel une *péritomie* sera cependant quelquefois nécessaire.

Après avoir proclamé l'utilité et les succès du sulfate de cuivre employé avec une persévérance suffisante, nous devons pourtant déclarer que, dans certains cas, principalement quand toute la conjonctive est très infiltrée et épaissie, il reste inefficace malgré un emploi méthodique qui devra du reste toujours être tenté. Dans ces cas relativement rares, il faut employer le traitement préconisé par M. Abadie, c'est-à dire les *scarifications* conjonctivales suivies du *brossage* au sublimé. Mais c'est là une véritable opération, aussi sérieuse que délicate. Le brossage peut être mal fait et entraîner des inconvénients, de plus il a des contre-indications (ulcères de la cornée, etc.). Il doit donc être absolument réservé aux spécialistes, de même que l'*excision des culs-de sac* et toutes les petites opérations que l'on peut avoir à diriger contre un îlot de granulations rebelles. Nous n'y insisterons pas plus longuement, voulant nous en tenir ici au traitement médical que tout praticien peut et doit savoir appliquer.

Nous nous résumerons en disant : Presque toujours l'emploi quotidien et persévérant du sulfate de cuivre guérira la conjonctivite granuleuse, préviendra les complications. Dans les quelques cas où le cuivre est impuissant, le brossage seul pourra guérir l'affection, ou tout au moins la modifier assez pour la rendre désormais curable par le cuivre. — Rochon-Duvigneaud, *ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris.*

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### Accidents toxiques provoqués par la théobromine

Au commencement de l'année 1896 — il y aura donc bientôt deux ans — quelques mois après ma communication à la *Société de thérapeutique* sur l'emploi de la théobromine, un distingué médecin du département de l'Aude, le Dr Simacourbe (de Montolieu), appelait mon attention sur quelques accidents produits par ce médicament à des doses variant de 2 à 3 gr., par jour : vertiges, céphalalgie très violente, nausées, vomissements, signes d'excitation cérébrale avec somnolence continuelle. Ces accidents, je les avais déjà signalés, j'avais insisté sur l'intensité de la céphalalgie théobromique (céphalée en casque), intensité telle chez *certains individus*, que je conseillais de diminuer alors la dose du médicament ou d'en suspendre l'emploi. Mais, je n'ai jamais observé, comme quelques observateurs l'ont rapporté, la diminution de la diurèse ; au contraire, j'ai toujours pensé et je pense encore qu'à des quantités variant de 1 gr. 50 à 2 ou 3 gr. par jour (dernière dose qu'il est le plus souvent inutile de dépasser), la théobromine est *le plus fidèle, le plus puissant diurétique que nous connaissions.* Une nouvelle lettre que j'ai provoquée dernièrement de la part du Dr Simacourbe m'ayant appris que chez deux autres malades les mêmes accidents s'étaient produits, j'ai voulu étudier la cause de ceux-ci et les moyens de les éviter à la dernière séance (13 octobre 1897) de la Société de thérapeutique.

Je répète que la diurèse théobromique est souvent plus rapide, plus abondante, plus durable que la diurèse digitalique ; et, comme cette action peut être recherchée utilement dans nombre de circonstances (asystolie des vieillards par exemple), où la digitale doit être employée avec prudence, et dans d'autres cas où elle serait contre-indiquée ou dangereuse, on ne saurait trop insister sur l'importance de ce médicament.

Les accidents dont j'ai parlé, je les ai rarement observés à l'hôpital, plus souvent en ville ou chez des malades de province. Pourquoi ces différences ?

D'abord, il n'est pas douteux qu'on se trouve parfois en présence d'une de ces intolérances individuelles, de ces idiosyncrasies spéciales, si difficiles à expliquer, et que l'on rencontre assez souvent pour une foule de médicaments actifs, comme pour les iodures, la quinine, la belladone, les salicylates, la morphine, etc. Fait important à noter, ces intolérances médicamenteuses s'observent surtout chez certains arthritiques atteints très probablement d'une sorte d'insuffisance fonctionnelle du rein et même du foie. Les substances toxiques ou médicamenteuses sont mal éliminées par le rein, incomplètement transformées dans le foie, d'où les accidents. — Hé bien, quand ceux-ci surviennent avec la théobromine par exemple, il y a deux choses à faire : ou donner des doses moindres (1 gr. à

Digitized by Google

1 gr. 50 au plus par jour), et surtout prescrire le médicament à doses faibles et répétées par cachets de 0,20 à 0,25 centigrammes (6 à 8 par jour); ou renoncer à l'emploi de la théobromine si des doses même plus faibles encore produisent une céphalée *intolérable* ou des accidents gastriques et nerveux, la céphalée occupant toujours le premier rang par ordre de fréquence.

Il y a encore un troisième parti à prendre : s'assurer de la pureté du médicament. Et, puisque ces accidents théobromiques sont rares à l'hôpital (où je me suis assuré de sa pureté); et plus fréquents en ville ou en province, et même dans certaines localités, j'ai lieu de croire que la théobromine, en raison de l'élévation de son prix et de sa provenance de l'Etranger, est souvent falsifiée et mélangée à de la caféine ou à la théophylline ; enfin, comme, selon la remarque de Pouchet, elle peut être extraite de plusieurs plantes, des thés, du cacao, etc., cela explique la diversité d'action des théobromines provenant de sources différentes. Rappelons encore, avec Patein, que trois caractères physiques importants permettent de constater la pureté du médicament : 1° l'aspect général caractéristique de ses cristaux; 2° la constance de son point de fusion ; 3° sa solubilité, non pas dans l'eau qui en dissout à peine, ni dans l'alcool, mais dans un liquide alcalinisé.

En terminant, une conclusion importante : Aux doses moyennes de 1 gr. 50 à 2 gr. 50 par jour, par cachets de 0,25 ou de 0,50 centigr., la théobromine *pure* produit rarement des accidents sérieux, et *jamais* à ces doses, encore une fois, ces accidents n'ont présenté de caractère grave. Il ne s'agit pas, comme pour la digitale, d'une substance qui s'accumule dans l'organisme ; et la preuve, c'est que ces accidents, en général de peu d'importance, cessent rapidement après la suspension de son emploi. Les praticiens peuvent continuer à en faire usage sans crainte, et ils ne doivent y renoncer que s'ils se trouvent en présence de certaines idiosyncrasies individuelles, ou d'un médicament impur et falsifié. — H. Huchard.

## CLINIQUE MÉDICALE

**Paralysies transitoires d'origine cardiaque.** — Dans une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, MM. Achard et son interne Léopold Lévi, ont cité deux observations de paralysies transitoires de la face et des membres survenant dans le cours de deux rétrécissements mitraux. Il s'agissait de deux femmes, âgées l'une de 64 ans et l'autre de 35 ans; la première était en crise d'asystolie, la seconde à la période de compensation de sa lésion; celle-là avait un gros foie, et celle-ci un foie ne débordant pas les fausses côtes, sans albumine ni urobiline dans les urines. Les auteurs ont une tendance à rattacher ces paralysies à la toxémie et surtout à la « toxémie hépatique » bien étudiée par Hanot et L. Lévi.

Mon savant collègue, M. Achard me permettra de ne pas entièrement partager cette opinion. Dans mes deux leçons sur le « cerveau cardiaque » (*Bull. méd.*, 4 et 8 mars 1891), je n'ai pas eu à constater ces accidents toxiques dans les affections valvulaires, ce qui n'est certes pas une raison pour en nier l'existence. Mais ces deux malades ne se ressemblent pas, l'une avec un gros foie, l'autre avec un foie normal; et quoique, chez la première, on ait trouvé « un type de foie cardiaque avec congestion intense des vaisseaux, amincissement parfois extrême des trabécules, surcharge pigmentaire des cellules », on doit faire remarquer qu'il n'existait « ni cirrhose, ni dégénérescence graisseuse des cellules. » Ne sait-on pas, d'autre part que le foie cardiaque, et le rein cardiaque donnent très rarement lieu à des phénomènes d'intoxication? Dans les crises asystoliques les plus sévères des cardiopathies valvulaires, le foie peut être très hyperémié avec très peu d'accidents dus à l'insuffisance hépatique, le rein peut être très congestionné avec beaucoup d'albumine sans provoquer aucun symptôme d'urémie, excepté à la période ultime, et encore !... Il n'en est pas de même des cardiopathies artérielles où, en l'absence de tout trouble asystolique, la toxémie rénale et hépatique est le fait dominateur de leur histoire clinique. Dans ces dernières affections, les paralysies toxiques doivent être relativement fréquentes, et elles ont été observées.

Pour nous résumer, nous dirons : Dans ces deux observations, rien ne prouve l'origine toxi-hépatique de ces paralysies, et il eût été utile de faire cliniquement l'expérience de la glycosurie alimentaire, quoique ses résultats ne soient pas toujours concluants. Il faut se rappeler, d'autre part, comme Giraudean l'a démontré avant moi, que le rétrécissement mitral, surtout le rétrécissement congénital, est souvent allié à des symptômes hystériques, et que c'est à eux que doivent être parfois attribués certains accidents nerveux dans le cours de cette cardiopathie. Il faut encore penser au « rétrécissement mitral des artério-scléreux », surtout en ce qui concerne la première malade âgée de plus de 60 ans, auquel cas les paralysies toxiques d'origine hépato-rénale ne sont pas rares. Enfin, en dernier lieu, on est en droit de se demander — comme MM. Achard et Lévi l'ont ensuite judicieusement remarqué — s'il ne s'agit pas de « paralysies d'origine cardiaque par embolies *microscopiques* dans le cours de l'endocardite végétante ».

Cette discussion pathogénique est importante au point de vue pratique, et on aurait tort de toujours incriminer les « intoxications », les « toxémies hépatiques » ou autres, dont on abuse peut-être un peu de nos jours et qui ne peuvent tout expliquer. — H. H.

**La ladrerie chez l'homme.** — L'infection de l'organisme humain par les cysticerques du tœnia solium, état larvaire du tœnia armé, est connue depuis l'observation de Rumber (1558). Steinbuch (1802) et Rodolphi (1809),

Digitized by Google

démontrèrent plus tard l'identité de nature de la ladrerie du porc et du cysticerque de l'homme. Les thèses de Boyron (1878) et de Pellot (1880), avaient résumé l'état de nos connaissances sur ce sujet. Cependant, la signification du mot *ladrerie* restait encore contestée. Les uns, avec Davaine, désignaient par ce mot une affection caractérisée par une cysticercose généralisée, c'est-à-dire par la présence d'un grand nombre de tumeurs ladriques dans la plupart des tissus de l'organisme, la considéraient avec juste raison comme une exception. Les autres appliquaient le mot ladrerie aux cas moins rares de tumeur ladrique isolée, parfois unique. Or, la seule présence des cysticerques dans les tissus, qu'ils soient nombreux ou solitaires, justifie le diagnostic de ladrerie. Telle est l'opinion de M. Thibierge défendue dans un travail récent (Gabory, *thèse de Paris*, 1897).

La ladrerie humaine, ainsi comprise, est plus commune qu'on ne serait tenté de le croire ; son existence est souvent méconnue. L'affection n'a pas de signes bien caractéristiques. Sans parler des symptômes secondaires, troubles fonctionnels, causés par la présence du kyste ladrique dans les tissus et dans les viscères, nous ne signalerons que les caractères propres à la tumeur ladrique. Son lieu d'élection est le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire, avec cette particularité, que la tumeur du volume d'un pois ou d'une noisette, de forme sphérique, parfois bilobée ou ovalaire, quelquefois irrégulière (*cysticercus racemosus*), ordinairement indolente, très mobile et résistante au toucher, paraît plus superficielle qu'elle n'est en réalité. Le cysticerque sous-aponévrotique est donc plus commun qu'on ne le croit. On le rencontre surtout dans les muscles au voisinage de l'épaule, rarement aux pieds, aux mains, très exceptionnellement sous la langue, ce qui le distingue de la ladrerie du porc (grêlons). Après les muscles, les viscères le plus souvent atteints sont le cerveau (méninges), puis l'œil et ses annexes, parfois le cœur, les reins, le foie. Le diagnostic est peu aisé : l'examen seul de la tumeur, après son ablation, peut être décisif ; encore faut-il tenir compte de la possibilité de la dégénérescence graisseuse ou crétacée du kyste, qui peut survenir au bout de 3 à 6 ans, durée moyenne de la vie du cysticerque, d'après les helmintologistes. Le traitement prophylactique est le seul traitement efficace. Il consiste à éviter les deux modes d'infection de l'organisme par les œufs du tœnia : l'hétéro-infection par la voie alimentaire, et l'auto-infection par digestion des œufs d'un tœnia préexistant dans l'intestin et refoulé dans l'estomac. — A. Weber.

---

**L'embolie de l'artère mésentérique supérieure** (*rétrécissement mitral*) — Pour pouvoir établir le diagnostic de l'embolie de la mésentérique supérieure, il faut qu'il existe une source d'embolie ; après l'accident, il survient souvent une hémorragie intestinale, indépendante d'un néoplasme ou d'une autre lésion : l'embolie s'accompagne d'un abaissement de la température et de collapsus ; l'abdomen doit être douloureux, ballonné, et contenir du liquide (Kussmaul.) Ce syndrome était presque complètement réalisé dans l'observation suivante, prise par le docteur Karcher à la clinique de Bâle (*Correspond. Blatt f. schw. Ärzte.*)

Une femme de 41 ans, atteinte de rétrécissement mitral, entre à l'hôpital en pleine asystolie avec un cœur très dilaté. Elle s'améliore par le repos et par la digitale, lorsque le soir du troisième jour elle fut prise subitement d'une violente douleur dans l'abdomen, avec une localisation à gauche sous l'ombilic, et peu après d'une autre douleur dans la jambe gauche. En même temps survinrent des garde-robes sanguinolentes. Le pouls était à peine perceptible, les extrémités étaient froides et couvertes de sueurs visqueuses ; elle était haletante et cyanosée ; la température était à 35°6. Mais elle se ranima avec des injections de caféine et d'huile camphrée. Les jours suivants, l'abdomen resta sensible, mais il ne se forma pas d'ascite. La jambe gauche se gangréna peu à peu, ce qui nécessita une amputation au bout de cinq semaines ; on trouva l'artère poplité obturée par un thrombus. La narcose par l'éther et l'opération furent bien simples. Mais au bout de huit jours la malade succomba aux progrès de l'asystolie.

A l'autopsie, on trouva un cœur très dilaté avec de la thrombose pariétale de l'auricule gauche, avec insuffisance et rétrécissement mitral, rétrécissement aortique et insuffisance tricuspidienne ; infarctus des poumons, des reins, de la rate, foie cardiaque. A son origine, l'artère mésentérique supérieure est obstruée par un thrombus de 37 millimètres de long, avec une ramification dans une artère pancréatico-duodénale inférieure. Dans son milieu, le thrombus est ramolli et en suppuration, et communique à travers une perforation de la paroi vasculaire avec un grand abcès péripancréatique et pancréatique. Il est probable que l'infection avait gagné le pancréas ischémique depuis l'intestin. Les anses du jejunum sont imbibées de sang.

Il est à remarquer que la survie de presque deux mois est tout à fait exceptionnelle, et que les malades succombent en général rapidement, au bout de peu de jours, à cette embolie. — Bd.

---

## VOIES URINAIRES

**Les urétrites non gonococciques.** — Gosselin disait autrefois : « On ne gagne jamais la chaude-pisse, quoi qu'on fasse, avec une femme qui ne l'a pas ».

Voici que cette maxime tend à être infirmée aujourd'hui, et que — depuis la constatation dans l'écoulement urétral de micro-organismes autres que le gonocoque — les paroles de Gosselin non seulement ne présentent plus qu'un intérêt historique, mais pourraient presque être interprétées en sens contraire.

Digitized by Google

La question des *urétrites non gonococciques* est, en effet, aujourd'hui à l'ordre du jour ; et si leur existence n'est pas contestée, on peut, avec MM. Eraud et Noguès, — qui viennent de présenter sur cette question deux rapports très documentés — (*2e session de l'Assoc. franç. d'urologie*, 21 octobre), reconnaître que les auteurs sont encore en désaccord complet touchant leur degré de fréquence, leur mécanisme, leurs variétés.

D'après M. Eraud, on peut ranger les urétrites non gonococciques en deux classes qui concordent avec les faits cliniques :

I. Urétrites non gonococciques aiguës ou primitives : 1° microbiennes ; 2° amicrobiennes ou chimiques.

II. Urétrites non gonococciques ordinaires : 1° mixtes ; 2° post-gonococciques ; *a*) suppurées : bactériennes ou saprophytiques ; *b*) muqueuses : microbiennes et aseptiques.

On peut laisser de côté les urétrites diathésiques, dont l'histoire est encore très obscure.

Y a-t-il des *urétrites aiguës primitives* pouvant se montrer chez des individus vierges de tout passé urinaire ? A en juger par le silence des auteurs, ces urétrites aiguës non gonococciques doivent être fort rares, ce qui peut tenir à l'absence d'examen de ces écoulements urétraux ou à l'imperfection de nos méthodes d'investigation. Quand cette urétrite existe, elle est ou chimique, c'est-à-dire ne contenant aucun parasite décelable — serait-ce une phase aseptique de la maladie ? — ou microbienne, et alors, on y trouve tantôt des bactéries et des cocci (Aubert), tantôt des diplocoques plus gros que le gonocoque (Rauzier), tantôt le coli-bacille, etc... en somme des saprophytes, hôtes normaux de l'urètre. Et M. Eraud est ainsi amené à admettre la non spécificité du gonocoque et à penser — en se servant des travaux de Charrin, de Nittis, Wurtz — « que le gonocoque n'est que le saprophyte transformé en pathogène, grâce à une diastase qui se grefferait sur lui ».

Au point de vue symptomatique, ces urétrites aiguës non gonococciques ne présentent aujourd'hui encore aucun caractère particulier ; on peut dire seulement qu'elles sont peu intenses.

Quant aux *urétrites non gonococciques secondaires*, c'est-à dire à celles qui surviennent à la période de déclin de la gonorrhée, M. Eraud conserve la division d'Audry en suppurées et en muco-albumineuses ; leur pathogénie lui semble encore très obscure et le traitement ne rien comprendre que nous ne sachions déjà.

Pour M. Noguès, l'existence des urétrites non gonococciques n'infirme nullement la spécificité du gonocoque, et l'urétrite gonococcique « reste une entité pathologique au même titre que la pneumonie ou la fièvre typhoïde », ce qui est également l'opinion du professeur Guyon. Mais M. Noguès va plus loin : pour lui les micro-organismes décrits sous le nom de pseudo-gonocoques n'existent pas, l'identité du gonocoque pouvant toujours être établie, souvent par le seul examen microscopique, lequel décèle quelquefois aussi des microbes divers accompagnant le gonocoque, ce qui réalise le type des infections mixtes.

Les urétrites non gonococciques observées en clinique contiennent ou non des microbes, et ces urétrites — microbiennes ou amicrobiennes — sont primitives ou secondaires suivant qu'elles s'observent dans un canal indemne ou non de toute inflammation. Il est certain que parmi les urétrites à microbes, la variété secondaire est de beaucoup plus fréquente, mais encore ne s'agit-il souvent que d'infections localisées à la fosse naviculaire, les parties profondes du canal restant indemnes. Cinq espèces de microbes les provoquent, dont 3 microcoques et 2 bactéries. De même, les urétrites amicrobiennes secondaires sont les plus fréquentes ; deux causes paraissent tenir une place importante dans leur étiologie : ce sont les irritations permanentes de l'urètre et surtout les lésions épithéliales ; aussi l'*examen histologique des filaments* est-il indispensable. Ce qu'il importe de savoir, c'est que les complications ordinaires de la blennorrhagie, rhumatisme, orchite, peuvent s'observer au cours des urétrites même non gonococciques.

Quant à la contagiosité des écoulements chroniques, elle ne peut être établie que par des examens bactériologiques de la goutte et des filaments ; la persistance d'une petite sécrétion au méat n'entraîne pas fatalement l'idée de contamination. Cette question de contagiosité est fort importante au point de vue d'une autorisation de mariage, qui ne devra être accordée que lorsqu'il n'y aura pas eu de poussée d'infection secondaire depuis un an au minimum ; macroscopiquement, la goutte doit être peu abondante, d'aspect muqueux, à peine opalescente et ne révéler sa présence sur le linge que par un changement de consistance et de coloration ; quant aux filaments qui persistent souvent assez nombreux dans l'urine, même en l'absence de goutte au méat, ils prouvent que le processus inflammatoire n'est pas éteint et que l'urètre est encore en état de réceptivité.

*Quel sera le traitement* de ces urétrites non gonococciques ? S'agit-il d'urétrites non gonococciques à microbes associés, on se comportera comme dans le cas de blennorragie ordinaire, c'est-à dire qu'on aura recours aux lavages de permanganate de potasse, additionnés — à l'intention des microbes secondaires — d'une certaine quantité de sublimé ; l'oxycyanure de mercure pourrait être essayé au même titre que le permanganate.

Quand le gonocoque n'existe plus, on fera 5 à 6 lavages de sublimé, les premiers à 24 heures, les autres à 48 heures d'intervalle (au titre de 1/2000 à 1/1000) Ces lavages seront faits dans les deux urètres, à moins que dans le deuxième verre, primitivement clair, on ne voie apparaître de gros filaments, épais, opaques, provenant d'une desquamation vésicale, qu'il faudra ne pas prolonger, et l'on se bornera alors à un lavage de l'urètre antérieur, en abaissant le titre de la solution. S'il y a une infection surajoutée du côté de la vessie, de la prostate,

Digitized by Google

des vésicules séminales, etc., on aura recours au traitement particulier de ces lésions, tel que massage de la prostate, cathétérisme, etc.

S'agit-il d'urétrites non microbiennes, de ces cas désespérants où la sécrétion ne se tarit pas — évidemment à cause de l'innombrable variabilité des moyens thérapeutiques employés, — on ordonnera un traitement différent, suivant qu'il s'agit d'urétrites récentes ou anciennes. Dans le premter cas on aura recours au nitrate d'argent, sous forme de lavages quelquefois, le plus souvent sous forme d'instillations à la fois dans les deux urètres. Le titre de la solution doit être de 1/2 0/0 pour les lavages, de 1 à 2 0/0 pour les instillations. On verra presque toujours, à la suite de ce traitement, l'écoulement se tarir ou de purulent qu'il était, devenir séreux et translucide; alors on se trouvera bien des autres astringents, tels que le chlorure de zinc, les trois sulfates, l'ichthyol ou l'acétate de plomb.

Lorsque les urétrites durent très longtemps, c'est qu'il y a généralement une lésion anatomique, plaques diffuses, parcheminées, que montre l'endoscopie urétrale; et c'est alors à la dilatation qu'il faudra avoir recours : on emploiera le Béniqué, en dépassant le n° 50, en pratiquant des séances graduées, sans passer jamais plus de 3 bougies en une séance. On peut associer à la dilatation les grands lavages à l'acide salicylique à 1/2 ou 1 pour 1000, ou aux pommades intra-urétrales. La médication interne, salol, benzoate de soude, etc., n'a que des avantages illusoires; quant aux bougies médicamenteuses — causes d'infections secondaires — elles devront être complètement proscrites. — L. F.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**L'hémostase par la gélatine.** — En février 1896, MM. Dastre et Floresco faisaient à la Société de biologie une communication des plus intéressantes sur les propriétés coagulantes de la gélatine, démontrant qu'après une injection intra-veineuse de ce corps, il se formait une coagulabilité particulière du sang, dite gélification, phénomène qu'on doit séparer de la coagulation vraie. M. Paul Carnot a étudié à nouveau cette question (*Pr. méd.*), surtout au point de vue thérapeutique, et il montre qu'on peut pratiquement utiliser en un certain nombre de cas le pouvoir hémostatique de la gélatine.

Comme *hémostatique local*, on a employé une solution de gélatine dans l'eau, stérilisée en deux fois à 100° pendant un quart d'heure, à deux jours d'intervalle. (La solution de gélatine dans l'eau à 7 pour 1000 est préférable ) Quant à son titre, il varie entre 7 et 10 pour 100; enfin, on peut, sans nuire au pouvoir gélificateur, adjoindre un antiseptique, tel que le sublimé. Les essais de cette solution de gélatine ont donné des résultats satisfaisants dans des cas d'épistaxis rebelles; on peut l'employer soit en injections, soit en applications sur des tampons. Il vaut mieux ne pas se servir d'une solution gélatinée trop chaude, pour ne pas retarder la gélification qui se fait par refroidissement; d'autre part, la gélatine n'agissant qu'au contact du sang qu'elle coagule, la vasoconstriction due à la chaleur arrêterait momentanément l'hémorragie et empêcherait le caillot obturateur de se produire. La même technique peut servir pour les plaies consécutives à l'ablation d'une dent, des amygdales, plaies des doigts, etc. Les hémorragies rectales peuvent être traitées par un lavement d'eau gélatinée à 5 pour 100. Celles de l'estomac n'en retirent aucun bénéfice, la gélatine étant transformée par le suc gastrique; enfin, dans les métrorragies, l'injection doit être faite, bien entendu, dans l'intérieur de la cavité utérine, très antiseptiquement.

Les hémorragies en nappe, qui sont si ennuyeuses au cours des interventions chirurgicales, seraient facilement arrêtées, paraît-il, par un simple badigeonnage de la plaie à l'aide de la solution gélatinée.

On conçoit la haute portée que peuvent avoir, au point de vue pratique, ces propriétés coagulantes de la gélatine, qui non seulement arrête le sang dans le vaisseau lésé, mais encore organise le caillot; aussi croyons-nous qu'il serait utile de continuer des expériences en ce sens, de les appliquer aux plaies des gros vaisseaux, de voir si la coagulation est durable, et la formation du caillot sans danger pour la circulation. — L. F.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 19 octobre*

**La cirrhose hépatique et le plâtrage des vins.** — M. Laborde. Dans la précédente séance, M. Vallin a fourni de très bons arguments contre les théories de M. Lancereaux. Il est évident que l'origine exclusivement vineuse de la cirrhose n'est rien moins que démontrée. M. Lancereaux pose en principe que cette affection est due au vin et que l'alcool n'est pour rien dans sa formation.

Pour pouvoir soutenir une semblable opinion, il faudrait avoir un type absolument pur de buveur de vin. Ce type existait, jadis, dans les vignobles. Aujourd'hui, il tend à disparaître. L'ouvrier ne boit plus de vin. Dans certaines corporations, cette boisson est encore restée en grand honneur. Par exemple, les maréchaux, les déménageurs, les ouvriers fournissant de grands efforts en boivent encore beaucoup. Mais même, ces buveurs de vin ne restent pas sans prendre de l'alcool sous une autre forme plusieurs fois par jour.

En Bourgogne, on trouve des vignerons buvant encore exclusivement du vin. Quoiqu'ils en absorbent une très grande quantité, la cirrhose n'est pas très fréquente chez eux.

Supposons un instant que le type du buveur de vin exclusif existe à Paris. Devra-t-on accuser le plâtrage de

Digitized by Google

produire des désordres hépatiques? L'alcool qui entre dans la composition des vins de Paris contient suffisamment d'éléments toxiques pour qu'on ne soit obligé de chercher une semblable explication.

A l'encontre de tout cela, le buveur d'alcool type existe incontestablement, En Normandie, en Bretagne et surtout dans les pays du Nord, les gens du peuple ne boivent pas de vin.

M. Lancereaux invoque le témoignage de plusieurs médecins de Bretagne et de Normandie pour affirmer que la cirrhose est rare dans ces contrées. Leur témoignage est-il bien fondé? On sait, en effet, que dans l'Amérique du Nord, où les boissons fortes sont consommées en grande quantité, où on ne boit pas de vin, la cirrhose est très fréquente. Pour apporter des faits plus probants, il serait nécessaire de créer chez l'animal le type absolu du vinisme.

M. Lancereaux. Un des plus puissants arguments de mes contradicteurs est donc le suivant : il n'y a pas de buveurs de vin ne buvant pas d'alcool Je conteste absolument la véracité de cette assertion. Comme cela a été dit, il existe des corporations où l'ouvrier boit encore du vin en grande quantité C'est absolument à l'exclusion des alcools. Je pourrais citer le cas d'un médecin atteint de cirrhose qui ne buvait absolument pas d'alcool. D'autre part, dans le cas de cirrhose surmenant chez les buveurs de vin, on incrimine l'alcool contenu dans ce vin.

Mais l'alcoolisme pur a des manifestations autres; les lésions portent sur le système nerveux plutôt que sur le foie.

Enfin, si l'on objecte qu'en Amérique, pays des boissons fortes, il y a des cirrhoses, il faut répondre que dans ce pays le vin est loin d'être délaissé.

M. Vallin. M. Lancereaux fait dire à Magnus Huss que la cirrhose est exceptionnelle dans les pays du Nord. Une traduction exacte aboutit au contraire. Le type de l'ivrogne moyen boit, d'après lui, 350 gr. d'alcool par jour.

M. Lancereaux. Si telle est l'opinion de Huss, cela a peu d'importance, car il paraît peu connaître les manifestations hépatiques de l'alcoolisme.

---

**Recherches chimiques sur les matières alimentaires.** — M. Riche communique au nom de M. Balland la note suivante : Le pain le plus blanc n'est pas le meilleur au point de vue nutritif. Voici, par exemple, des chiffres établissant un parallèle entre le pain soigné des boulangeries parisiennes et le pain un peu gris de l'assistance publique : le blutage du pain de l'assistance donne 74 0/0 de gluten, tandis que le pain des boulangeries de la ville donne 60 0/0.

De plus, à l'assistance, 100 kilogr. de blé donnent 100 kilogr. de pain. Dans les boulangeries ordinaires, 100 kilogr de blé donnent 80 kilogr. de pain. Il serait donc utile de propager le procédé de fabrication de l'assistance qui permet non seulement d'avoir un plus grand rendement avec une quantité fixe de blé, mais aussi de gagner sur les qualités nutritives du pain.

**Traitement du glaucome par la résection du grand sympathique cervical.** — M. Jonnesco Ayant eu de bons résultats dans l'exophtalmie traitée par la résection sympathique, j'ai songé à diminuer la constriction des vaisseaux de l'œil et la dilatation de la pupille par cette même résection. Depuis le 1er octobre, j'ai opéré quatre malades atteints de glaucome Chez tous l'opération a été suivie d'une amélioration considérable. L'amélioration sera-t-elle durable ?

M. Huchard présente, de la part de M. Taberlet, un travail qui « fait le plus grand honneur à l'esprit d'observation de son auteur et qu'il tient de recommander à toute l'attention de ses collègues ». — MM.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 15 octobre*

**Ulcère de l'estomac, dégénérescence cancéreuse secondaire, pylorectomie, guérison.** — M. Chaput présente un homme de 51 ans, auquel il fit le 18 juillet 1896 la pylorectomie pour un rétrécissement du pylore; depuis lors, les douleurs gastriques et les vomissements ont cessé; cet homme a engraissé notablement. L'examen anatomique de la pièce, pratiqué par M. Toupet, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma au début, greffé sur un vieil ulcère du pylore, ayant déterminé le rétrécissement de cet orifice.

M. Mathieu a examiné ce malade en décembre 1896 et a constaté un état général excellent, l'absence de vomissements. Il existait cependant un peu de stase gastrique, constituée par de la bile, et une diminution de la sécrétion chlorée : cependant, les digestions se faisaient bien.

M. Debove. Rien ne ressemble plus anatomiquement à un cancer qu'un vieil ulcère de l'estomac : on comprend donc que le diagnostic de ces néoplasmes soit fort difficile, même au point de vue histologique.

**Œdème segmentaire des membres inférieurs.** — M. Debove présente une femme de 23 ans, atteinte depuis 8 mois d'une tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs mais avec les particularitéss uivantes. Cet œdème est énorme, limité à la cuisse, au mollet, au dos du pied, respectant le creux poplité, le cou-de-pied, les orteils. Il n'existe pas d'impotence fonctionnelle, la marche est facile. La cause de cet œdème reste très obscure. En effet, quoique cette femme soit atteinte de rétrécissement mitral, elle n'offre aucun accident asystolique; les reins sont sains; il n'existe aucun stigmate hystérique. De plus, la peau est intacte, il ne peut donc s'agir d'éléphantiasis.

M. Matuieu a publié deux cas analogues, avec sciatique double et œdème segmentaire des membres, observés chez des cardio-scléreux. Il pense que ces faits peuvent être rapprochés des pseudo-lipomes symétriques, signalés par M. Potain chez les scléreux arthritiques.

**Rupture de l'aorte avec détermination d'hématome sous-pleural.** — MM. Thoinot et Henry Bernard. Nous avons observé récemment un cas de mort subite chez un homme de 77 ans, en pleine santé apparente. La scène fatale a duré 7 heures et a été caractérisée par des phénomènes qui évoquaient, cliniquement, la pensée d'une affec-

Digitized by Google

tion abdominale aiguë ; terminaison par une syncope. La mort est due à une rupture de l'aorte au niveau de la crosse ; la perforation, très limitée, s'est faite sur une des rares plaques athéromateuses de la paroi du vaisseau, et a donné lieu à un anévrysme disséquant; le sang a fusé entre la tunique moyenne et la tunique externe, puis a passé dans le médiastin ; d'autre part, suivant la sous-clavière gauche, il a décollé la plèvre costale, et s'est creusé là une vaste poche qu'il a remplie : cette poche contenait 1,700 centimètres cubes de sang. La cause déterminante de la rupture a été une violente émotion ressentie par le malade.

Nous avons recherché les cas semblables, d'ailleurs très rares, puisque nous n'en avons trouvé que cinq. Dans presque tous ces cas, il existait des douleurs abdominales très vives, qui ont égaré le diagnostic ; ces douleurs sont dues probablement à l'irritation du plexus solaire par le sang infiltré le long de l'aorte abdominale. Enfin, deux de ces cas sont intéressants par une étiologie toute spéciale de la rupture vasculaire, à savoir : le rétrécissement du vaisseau congénital dans un cas, pathologique sans doute dans l'autre (suite de fièvre typhoïde).

**Syndrome caractérisé par une faiblesse généralisée et des pseudo-lipomes.** — M. Dalché présente un homme de 45 ans, non syphilitique, ni paludique, atteint d'une grande faiblesse des membres, de perte de la mémoire, de pseudo-lipomes symétriques siégeant de chaque côté du cou et de la nuque, dans les régions sus-claviculaires, les aines et d'adipose au niveau des muscles droits de l'abdomen. Il n'existe aucun phénomène de compression du médiastin. Le diagnostic étiologique de ces tumeurs est difficile à apprécier.

M. Jacquet présente un homme atteint **d'hémi-hyperesthésie névro-musculaire** gauche, probablement d'origine alcoolique. — H. M.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Dans notre article (« Une nouvelle invasion allemande ») du dernier numéro de ce journal (page 670), nous avions parlé de l'injuste inégalité du prix de l'alcool en France (3 fr. 50 le litre) et en Allemagne (75 centimes), et par conséquent des grandes difficultés que notre industrie éprouvait à fabriquer des produits pharmaceutiques. Nous apprenons avec plaisir que le ministre des finances a proposé d'abaisser immédiatement de 37 francs à 3 francs par hectolitre la taxe spéciale à laquelle est assujetti l'alcool employé dans l'industrie comme agent de fabrication des produits chimiques et pharmaceutiques. Si cette loi passe, on aura déjà fait un grand pas pour permettre à l'industrie française la libre concurrence avec l'industrie étrangère et surtout avec celle de l'Allemagne qui peut nous donner de bons produits, comme il est juste de le reconnaître, parce qu'elle n'est pas gênée par des impôts écrasants. Mais, ce n'est pas encore suffisant, et il faut que le litre d'alcool dénaturé revienne au même prix que de l'autre côté du Rhin ; il faut encore accepter la dénaturation des thés, des cacaos, diminuer encore les droits de l'opium pour la préparation de la caféine, de la théobromine et de la morphine. Sait-on que presque toute la morphine nous vient de l'étranger ?... Encore un effort, si l'on veut donner un essor nouveau à la science et à l'industrie pharmaceutique de notre pays ! — H. Huchard.

Un décret vient d'autoriser l'*Association générale des Médecins de France* à accepter le don généreux de notre collègue M. Marjolin. Ce don accroît beaucoup les ressources de notre Association, et nous sommes heureux de l'annoncer à tous ceux qui s'intéressent à sa prospérité croissante. — H. H.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons sur les bactéries pathogènes** *faites à l'Hôtel-Dieu Annexe*, par P. Duflocq. 1 volume in-8° de 686 pages. (Masson et Cie, éditeurs), 10 fr.

En publiant ces leçons faites aux élèves de son service et à quelques auditeurs étrangers, le Dr Duflocq a désiré être utile aux étudiants et aux médecins qui n'ont ni le temps, ni les moyens de recueillir et de coordonner les documents épars dans la littérature française et étrangère. Chacune de ces études se termine par un chapitre consacré aux applications à l'homme ; c'est par là une de ces tentatives d'alliance entre la clinique et la bactériologie que l'on doit aujourd'hui, pour le plus grand bien des malades, chercher à réaliser. L'auteur étudie successivement en 54 leçons les bactéries suivantes : les staphylocoques pyogènes, le streptocoque, le pneumocoque, les tétrades et les sarcines, le gonocoque, le bacterium coli commune, le bacille typhique, le vibrion cholérique, le bacille diphtérique, le bacille tétanique.

Les médecins praticiens trouveront dans ce volume d'utiles renseignements et une mise au point excellente des connaissances bactériologiques actuelles. Ce n'est ni un livre de technique, ni un livre de science pure, c'est plus que cela : c'est un exposé de la bactériologie appliquée à la médecine, et c'est pourquoi il se recommande à tous les praticiens qui veulent se tenir au courant de la science. Aussi nous ne nous aventurons pas trop en prédisant au livre de M. Duflocq un grand et légitime succès, et nous le félicitons de son œuvre si consciencieuse qui fait honneur à lui et à la science française. — M. D.

**Le cervelet.** *Etude anatomique, clinique et physiologique*, par le Dr André-Thomas, ex-interne des hôpitaux de Paris. 1 volume chez Steinheil, éditeur.

Le meilleur éloge de ce travail est de dire qu'il a été fait à la Salpêtrière au laboratoire de M. le Dr Dejerine, dont on connaît la haute compétence en matière de neurologie et la rigoureuse précision de ses travaux. L'étude de M. Thomas est empreinte des mêmes qualités que l'influence de M. Dejerine communique à tous ses élèves, aussi est-ce une œuvre qui restera et qui fait date dans l'histoire scientifique. Ce livre ne se peut analyser, le titre seul fait voir qu'il s'agit là d'une étude complète ; c'est en continuant les deux méthodes anatomo-physiologique et anatomo-clinique que l'auteur s'est efforcé d'ajouter des documents nouveaux et importants sur le rôle et le fonctionnement du cervelet. Malgré les incertitudes qui règnent encore, M. Thomas a éclairci beaucoup de points de cette question naguère si obscure.

**Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0,60 centimes en timbres-poste.**

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Technique de l'urétrotomie interne.

Par M. le Dr E. Chevalier,
*Chirurgien des hôpitaux*

L'urétrotomie interne est une opération facile, quand on veut bien se conformer à quelques règles bien mises en lumière par le professeur Guyon et ne pas oublier certains détails qui paraissent quelquefois oiseux et qui sont la raison même de la facilité et de la bénignité de cette opération.

Je me contenterai ici de décrire, telle que nous la faisons fréquemment à Necker, l'urétrotomie interne avec l'urétrotome de Maisonneuve, coupant sur la paroi supérieure du canal. Les autres modes d'opérer pourront faire l'objet d'une note ultérieure.

Les instruments nécessaires sont : 1° des bougies conductrices armées, filiformes ; 2° une tige métallique droite, striée longitudinalement ; 3° un conducteur cannelé de Maisonneuve ; 4° des flammes (lames coupantes de Maisonneuve) ; 5° des sondes à bouts coupés nos 15 à 18.

L'anesthésie n'est pas nécessaire ; pourtant les malades pusillanimes pourront être endormis « à la reine ».

Sauf indication d'urgence absolue, dans laquelle vous opérerez immédiatement, vous aurez avantage à faire porter au malade, pendant 24 ou 48 heures, une bougie filiforme à demeure qui aura préparé la voie.

Le jour de l'opération, faites une toilette chirurgicale de la région (pubis, verge, bourses), laissez les poils, ils vous serviront tout à l'heure.

Le malade est couché, dans le decubitus dorsal, le siège légèrement relevé par un coussin. Le chirurgien se place à la droite du malade, il a un aide en face de lui, de l'autre côté.

Si le malade est porteur de la bougie filiforme armée, laissez-la ; s'il est porteur d'une simple bougie filiforme ordinaire, retirez-la et mettez à sa place une bougie armée. Assurez-vous dès maintenant que l'armature métallique de de la bougie est bien solidement fixée au corps de la bougie.

La bougie étant en place, à l'aide de la seringue munie de l'embout de verre ou de porcelaine qui s'adapte au méat faites une douche du méat et un lavage de l'urètre. Si vous faites ce lavage avant de placer la bougie, vous risquez de provoquer un spasme de la portion membraneuse qui rendrait impossible le cathétérisme.

Tout cela étant fait, pour vous assurer que la bougie est bien en place, vissez sur l'armature la tige droite métallique (en évitant de tourner trop à fond pour ne pas décapiter la bougie de son armature), poussez le tout dans l'urètre, en enfonçant 6 à 8 cent. de la tige droite. Si la bougie ne réapparaît pas au méat, c'est qu'elle n'est pas repliée ; elle est bien engagée.

Retirez alors la tige droite, dévissez-la, vissez à sa place le conducteur cannelé courbe de Maisonneuve ; vérifiez bien ici encore l'intégrité de l'armature, assurez-vous que la bougie, l'armature et le conducteur cannelé sont bien solidaires et font corps. Vous avez bien enduit d'huile l'extérieur et la cannelure du conducteur. Faites alors le cathétérisme à la suite, l'urètre résiste plus ou moins suivant les cas ; le cathétérisme est fait complètement quand l'instrument est horizontalement placé entre les jambes du malade. Ramenez le conducteur dans une position voisine de la verticale.

L'aide saisit alors la petite boucle du conducteur d'une main, et, se calant de l'autre, il maintient ainsi solidement l'instrument.

Engagez alors vous-même la flamme (lame) dans la rainure métallique, assurez-vous par des mouvements de va-et-vient que les ailettes sont bien engagées. Cela fait, préparez-vous à fendre le rétrécissement.

Maintenez la verge tendue de la main gauche (la verge et le conducteur sont toujours presque verticalement tenus), poussez de la main droite sur le bouton de la lame qui suit sa course sur le conducteur cannelé, vous la sentez franchir le méat, puis le ou les rétrécissements successifs et progressivement serrés, poussez à fond jusqu'à ce que la lame s'arrête, le bouton a touché la cannelure. Ramenez alors vers vous, et au retour vous sentez encore, mais beaucoup moins les rétrécissements.

La lame sortie, enlevez le conducteur (la bougie reste dans l'urètre), dévissez-le de la bougie, sur celle-ci vissez la tige droite, sur celle-ci engagez une sonde à bout coupé n° 16 à 17 (18 au plus) huilée *intus et extra*. Conduisez cette sonde sur la tige et sur la bougie un peu au delà de l'armature. Alors la main gauche tenant la verge, vous prenez de la main droite l'ensemble formé par la bougie, la tige et la sonde et vous poussez le tout jusqu'au contact du rétrécissement. A ce moment, priez l'aide de maintenir solidement la tige dont l'extrémité dépasse la sonde, vous n'avez plus qu'à pousser la sonde seule. Elle glisse le long de la bougie qui la guide et la conduit, et, quand votre sonde est presque entièrement engagée dans la verge, l'aide enlève tige et bougie. La sonde a pénétré dans la vessie, l'urine coule ; lorsque l'évacution est terminée, faites un lavage d'abord à l'acide borique, puis au nitrate d'argent à 1/1000. Cela fait, placez la sonde « au goutte à goutte » et fixez-la dans cette position à demeure.

Vous la laisserez à demeure 24 ou 48 heures suivant l'état d'infection de la vessie. Passé ce délai, vous pourrez la retirer et vous ne ferez la dilatation qu'une dizaine de jours après l'urétrotomie. Commencez cette dilatation par des numéros relativement faibles.

Nous reviendrons ultérieurement sur les autres modes d'urétrotomie et sur les complications, très exceptionnelles, de cette opération.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard

## La bradydiastolie, signe de pronostic dans les affections du cœur (1)

Du grand groupe des arythmies ou des modifications du rythme du cœur — question encore incomplètement élucidée et mal connue en clinique — se détachent les *allorythmies*, caractérisées par un rythme nouveau, anormal quoique presque toujours régulier, et remarquables par leur signification pronostique souvent importante.

Dans ce nombre se placent : les *tachycardies*, les *bradycardies*, le *pouls lent permanent* dont on n'ignore plus la gravité ; le *rythme couplé du cœur*, connu déjà depuis longtemps, symptôme fréquent de saturation digitalique, interdisant l'emploi de la digitale lorsque ce rythme particulier paraît se produire spontanément, comme j'en ai signalé des exemples il y a cinq ans ; le « rythme fœtal du cœur » observé par Stokes, ou *embryocardie*, sur le pronostic sévère de laquelle j'ai insisté, il y aura bientôt dix ans. Ce dernier syndrome, vous le savez, est constitué par la réunion des trois caractères suivants : 1° accélération des battements du cœur, ou tachycardie ; 2° similitude de timbre des deux bruits ; 3° égalité parfaite, en durée, des deux silences du cœur, d'où le raccourcissement du grand silence.

Dans le rythme spécial que je désire faire connaître aujourd'hui sous le nom de *bradydiastolie*, auquel j'ai consacré, il y a trois ans, une leçon clinique et que j'ai mentionné la même année à l'une des séances de la Société médicale des hôpitaux dans une communication sur « les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres », un phénomène opposé à celui de l'embryocardie se produit : le prolongement considérable de la pause diastolique (2).

Le rythme du cœur comprend la succession régulière de trois actes : 1° la systole auriculaire ; 2° la systole ventriculaire ; 3° la diastole générale, ou repos du cœur. Mais, au point de vue clinique, la première période de la révolution cardiaque commence à la systole ventriculaire avec ses deux bruits du début et de la fin séparés par le petit silence. La seconde période, celle de la réplétion ventriculaire, est silencieuse, et le grand silence égale exactement la durée du premier bruit, du petit silence et du second bruit.

Il n'en est pas de même lorsque la prolongation considérable de la pause diastolique se montre, le plus souvent avec un nombre presque normal de contractions cardiaques (par exemple 70 à 80 par minute). Alors, le rythme du cœur présente quelque chose de particulier que l'auscultation permet aisément de constater. Les deux premiers bruits sont très rapprochés, à peine séparés par le petit silence dont la durée a considérablement diminué, de sorte que l'on serait tenté de croire à de la tachycardie. Mais la tachycardie est seulement apparente, et le grand silence a gagné en durée ce que le petit silence a perdu avec le premier et le second bruit. Ceux-ci — et surtout le premier bruit — présentent même le plus souvent un caractère de brusquerie très nette, l'impulsion cardiaque a les apparences de la force, et tous les cliniciens ont dû observer des cas où cette brusquerie et cette brièveté de la systole donnent l'illusion d'une contraction ventriculaire encore vigoureuse, alors que cœur s'affaiblit et que la terminaison fatale est proche. Dans ces cas, si les deux bruits se rapprochent, ils sont très éloignés des deux autres bruits de la révolution cardiaque qui va suivre, ce qui est dû à la lenteur et à la prolongation insolites de la diastole.

Voilà ce qui constitue le phénomène, très important en clinique, auquel je donne le nom de « bradydiastolie ».

On l'observe parfois, mais à un faible degré, dans les états comateux, dans l'hémorragie cérébrale grave, dans l'urémie, etc.

Dans l'*insuffisance aortique*, et surtout dans celle d'origine artérielle, la prolongation de la diastole est presque un fait normal ; elle n'a pas une grande importance, tant que les fibres du myocarde ne sont pas très altérées, tant qu'elles ont conservé assez de résistance et d'élasticité pour revenir sur elles-mêmes et chasser à la systole suivante la trop grande abondance de sang que la cavité ventriculaire a reçue pendant la pause diastolique un peu prolongée. Mais, lorsque le muscle cardiaque, envahi par le tissu scléreux, ne peut plus qu'incomplètement réagir sur la masse sanguine, il se laisse dilater de plus en plus, et c'est ainsi que la *bradydiastolie devient un signe souvent prémonitoire de la cardiectasie.* La systole se fait brusquement, rapidement, et dans ces conditions cette brusquerie devient elle-même *un indice de fatigue et d'affaiblissement extrême du cœur*, beaucoup plus que l'atténuation du premier bruit sur laquelle on a trop insisté et dont l'importance pronostique a été singulièrement exagérée.

J'ai observé assez souvent le rythme de la bradydiastolie à l'approche de l'*agonie* et pendant l'agonie elle-même, et il y a lieu de se demander si ce rythme particulier ne serait pas, pour d'autres affections que celles du cœur, un signe prémonitoire d'une agonie et d'une mort prochaines. Je le crois. Cependant, mes observations sont encore insuffisantes pour me prononcer d'une façon formelle et définitive à cet égard. Mais, ce que je suis en mesure de formellement affirmer, c'est la haute gravité de

(1) *Société méd. des hôpit.*, (22 octobre 1897).

(2) Le rythme couplé du cœur et la mort par la digitale (*Soc. méd. des hôp* 1892) — Un nouveau syndrome cardiaque : l'embryocardie (*Sem. méd.* 1888 et *Soc. des hôp.*, 12 avril 1889). — Un signe de pronostic des maladies du cœur : la bradydiastolie (*Journ. des pratic.*, 19 mai 1894). — Sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juin et 27 juillet 1894).

Digitized by Google

ce signe dans l'empoisonnement digitalique et dans le cours de l'asystolie.

J'ai été appelé trois fois pour des *intoxications digitaliques* produites par l'emploi de la digitale à doses trop fortes, trop répétées ou trop prolongées, et en dehors du pouls bigéminé qui est loin d'avoir une signification aussi sévère, j'ai pu constater l'existence du type bradydiastolique prémonitoire, pendant quelques jours, de la terminaison fatale.

Mais, là où le rythme bradydiastolique prend une valeur pronostique considérable, c'est à *la dernière période de l'asystolie* dans toutes les cardiopathies chroniques. Voici comment les choses se passent d'ordinaire :

Vous avez affaire à un asystolique (je n'ai pas dit hyposystolique), et à plusieurs reprises la digitale a produit ses grands effets habituels : augmentation de la diurèse, disparition des œdèmes et des congestions passives, renforcement des contractions cardiaques. Puis, un jour, la digitale, aux mêmes doses qu'auparavant ou à des doses supérieures qu'on a même le grand tort d'élever encore en raison de son inefficacité, la digitale brusquement cesse d'agir, et vous assistez souvent à cette « action dissociée du médicament » que j'ai étudiée pour ma part et sur laquelle mon savant collègue Merklen a dernièrement appelé l'attention : effet diurétique est nul, et si vous n'y prenez garde, si vous continuez inconsidérément l'emploi de la digitale, l'action thérapeutique du remède se concentrant en quelque sorte sur le myocarde, se transformera promptement en action toxique. Le mal était grand ; par une erreur thérapeutique, il peut devenir irrémédiable.

Que s'est-il passé ?

On a incriminé l'excessive dégénérescence du muscle cardiaque, ce qui est une erreur ; car celle ci ne peut pas être survenue aussi rapidement. Tous les jours nous faisons l'autopsie de myocardes profondément dégénérés, et qui jusqu'à la fin ont répondu à l'action digitalique. Dans ces cas, si l'on examine le cœur, on constate le plus souvent, une dilatation énorme de ses cavités, et avant elle, vous avez déjà assisté à la production du rythme bradydiastolique.

D'après les faits déjà nombreux que j'ai observés, les deux conclusions suivantes s'imposent :

1° *Lorsque dans le cours de l'intoxication digitalique, lorsqu'à la dernière période de l'asystolie dans les affections du cœur, on vient à constater d'une façon permanente, pendant plusieurs heures et surtout pendant plusieurs jours, le rythme bradydiastolique, celui ci, d'un pronostic le plus souvent très grave et à brève échéance, devient le signe précurseur d'une dilatation cardiaque progressive et ultime.*

2° *Dans ces conditions, la digitale ne remplit plus son rôle anti asystolique, elle devient inefficace et même nuisible pour des raisons faciles à comprendre, et principalement parce qu'elle contribue pour sa part à allonger encore la pause diastolique.*

J'ajoute que *la bradydiastolie n'est pas le phénomène prémonitoire ou contemporain de toutes les cardiectasies*, mais seulement de la dilatation du cœur particulièrement grave que je considère en ce moment. J'ajoute encore que lorsqu'on l'a constatée une ou plusieurs fois sans qu'elle ait été suivie d'accidents graves, *elle devient un avertissement pour le clinicien qui doit toujours craindre alors l'imminence d'une dilatation du cœur rapidement progressive.*

Je ne puis certes vous citer toutes les observations. Au moment où j'ai pour la première fois étudié ce signe pronostique, en 1894, ces observations étaient seulement au nombre de neuf. Depuis cette époque, elles sont devenues si nombreuses que vous me permettrez de vous en résumer quatre seulement : deux tendant à affirmer, avec autopsies à l'appui, la production rapide d'une cardiectasie considérable après la constatation de ce rythme ; deux autres démontrant, à leur tour, de la façon la plus formelle, l'impuissance médicamenteuse de la digitale dans ces cas.

Au commencement de l'année 1894, je recevais à l'hôpital Necker un malade de quarante-trois ans atteint d'aortite chronique avec rétrécissement et insuffisance aortiques, compliquée d'une hypertrophie cardiaque très accusée avec quelques signes de symphyse péricardique. Huit jours avant sa mort survenue le 6 mars, je constate de la façon la plus manifeste le rythme bradydiastolique, et quoique les systoles paraissent s'accomplir avec une certaine force en raison de leur brusquerie et de leur brièveté, je conclus à l'affaiblissement subit ou rapide du cœur et à l'imminence de la mort. Le lendemain, le cœur se dilate considérablement ; il survient de la cyanose, une dyspnée intense, un œdème périphérique très accusé en quarante-huit heures, et le malade meurt subitement pendant la visite. J'avais encore pu l'ausculter quelques instants avant sa mort, et j'avais constaté la force *apparente* des contractions cardiaques avec le prolongement considérable de la pause diastolique. A l'autopsie, en outre de l'insuffisance aortique avec aortite chronique, d'une symphyse péricardique très étendue, nous avons trouvé un cœur énormément dilaté, pesant 1375 gr. avec les caillots, et 1225 gr., sans eux.

Un autre malade, atteint de cardio-sclérose sans lésions orificielles, est mort rapidement dix jours après avoir présenté ce phénomène de la bradydiastolie, et à l'autopsie, nous avons pu constater une dilatation considérable, telle qu'on en voit rarement, des cavités cardiaques.

Voici maintenant deux observations récentes démontrant l'inefficacité de la digitale, dès l'apparition du rythme bradydiastolique :

Il y a trois semaines, je suis appelé près d'une femme de soixante-cinq ans environ, atteinte depuis de longues années, d'emphysème pulmonaire avec dilatation cardiaque consécutive, sans aucune lésion des orifices. Jusque là, le médecin avait constaté l'efficacité absolue de la digitale et

Digitized by Google

de la théobromine pour activer la diurèse et résoudre assez rapidement les œdèmes ; mais, depuis un mois, ces deux médicaments n'avaient plus d'action, ils paraissaient même augmenter les accidents, et l'œdème, sans être considérable en intensité, avait envahi la presque totalité du corps. A l'auscultation, je constatai cette force *apparente* de l'impulsion cardiaque sur laquelle vous m'avez entendu insister, et un rythme bradydiastolique tel quel je l'ai rarement vu. En m'appuyant sur ce symptôme, je formulai un pronostic très grave, à brève échéance, et j'appris que la malade avait succombé trois jours après.

Voici un autre malade que j'ai suivi pendant six mois, âgé de soixante-deux ans, atteint de cardio-sclérose avec gros souffle systolique à la pointe. Il était mitral par le souffle et aortique par la maladie. Sous l'influence du régime lacté absolu et de quelques faibles doses de digitaline, nous avons fait disparaître facilement, à plusieurs reprises, les phénomènes de dyspnée toxi-alimentaire et d'asystolie qu'il présentait. Un jour, à ma consultation, il y a deux semaines, je constate une aggravation des accidents, et j'apprends que la médication habituelle est tout à coup devenue impuissante. La dilatation du cœur est énorme, ses battements sont sourds et présentent le rythme bradydiastolique au plus haut degré. Le pronostic est regardé comme extrêmement grave, et la mort survient après dix jours.

Parmi une cinquantaine d'observations, je vous ai cité des faits anciens et des faits récents, dans le but de prouver que depuis trois ans la sévérité du pronostic ne s'est pas démentie. Cependant, ce serait une erreur de croire que ce pronostic est toujours mortel, puisque dans dix cas, la dilatation cardiaque ultime a pu être évitée, grâce peut-être à un diagnostic hâtif et à l'emploi précoce d'une thérapeutique rationnelle.

Ce signe nouveau, sur lequel j'appelle l'attention, a donc une grande importance pratique. Il permet de prévoir souvent et de prévenir quelquefois la dilatation progressive des cavités cardiaques; il montre que c'est dans ces cas surtout, plus que dans la simple asystolie, qu'on peut réellement dire que le cœur reçoit à chacune de ses révolutions beaucoup plus de sang qu'il ne peut en émettre; il nous enseigne que, dans ces conditions, la digitale doit être absolument proscrite, puisqu'ayant elle-même pour effet d'allonger la période diastolique, elle peut devenir ainsi la complice de la bradydiastolie. Il nous apprend enfin que les deux indications thérapeutiques principales consistent : à combattre hâtivement, par une ou plusieurs saignées, l'encombrement sanguin des cavités ventriculaires; à exciter le myocarde en imminence d'affaiblissement extrême et de dilatation rapide par la strychnine et la spartéine à haute dose, par les injections hypodermiques de caféine et d'huile camphrée.

Malheureusement, il s'agit ici d'une dilatation du cœur spéciale, presque toujours progressive, à rapides allures, d'une haute gravité, et qui résiste le plus souvent aux moyens thérapeutiques, surtout lorsqu'on n'a su ni la prévoir, ni la prévenir par la constatation du rythme bradydiastolique.

# MÉDECINE COMPARÉE

## Prophylaxie de la rage chez l'homme. Diagnostic de la rage chez le chien et chez le chat. Conseils pratiques

Par M. E. Thierry, *vétérinaire*
*Directeur de l'Ecole d'agriculture de Beaune* (Côte-d'Or)

« La crainte du chien est le commencement de la sagesse ». — H. Bouley.

I. Considérations générales. Etiologie. — Ce précepte, Henri Bouley, à la clinique de l'Ecole d'Alfort qu'il a rendue si célèbre, ne manquait jamais de nous le répéter quand il nous voyait, imprudents, nous approcher d'un chien, amené à la consultation, avant de l'avoir examiné à distance et pendant un assez long temps. C'est que, en réalité, rien n'est trompeur comme le début de la rage chez le chien. Non seulement les symptômes ne sont pas nettement accusés, mais encore les propriétaires nient tous énergiquement que les animaux présentés puissent être atteints de la rage. Il n'est pas un propriétaire qui ne déclare formellement au vétérinaire que son chien « a avalé un os arrêté dans le cou ». On verra plus loin ce que signifie cette opinion de « l'os arrêté » dans le pharynx ou dans l'œsophage.

Le plus actif et le plus puissant des propagateurs de la rage à l'homme et à toutes nos espèces domestiques, c'est le chien, ce brave et fidèle serviteur. On peut même dire qu'à part quelques cas bien rares où le loup a été l'agent de transmission, le chien et quelquefois le chat sont, en France du moins, les animaux qui transmettent le plus souvent et le plus sûrement cette maladie à l'homme. Aussi je pense, après le maître regretté H. Bouley et beaucoup d'autres savants ou praticiens, que la meilleure des mesures prophylactiques consiste à « répandre les instructions sur la rage » et à décrire de la façon la plus exacte et la plus pratique les prodromes et les symptômes de cette terrible maladie chez nos types domestiques des genres *canis* et *felis*.

Peut-être cette instruction rendra-t-elle quelque service aux médecins des villes et surtout des campagnes où les mesures de police sont généralement négligées en ce qui concerne les chiens errants. Aussi bien, comme l'a dit et écrit H. Bouley : « La question de la rage, vieille de tant siècles, est toujours nouvelle, car cette maladie reste toujours grosse de toutes ses menaces et tout autant féconde en désastres qu'elle en a été fertile dans le passé. »

Evidemment la mortalité par la rage comparée à la mortalité par les autres épidémies est peu importante. C'est à peine aussi si, sur 100 personnes mordues, 2, 3,

Digitized by Google

4 au plus deviennent enragées. Mais la terreur justifiée qu'inspire cette maladie est telle qu'on ne saurait prendre trop de mesures pour en atténuer les dangers. C'est que aussi, le malheureux atteint de la terrible maladie, en proie à des souffrances physiques épouvantables, n'endure pas de moindres souffrances morales, se sachant voué à une mort certaine dans des crises terrifiantes pour ceux qui assistent à ses derniers moments toujours lucides. Quand on a vu mourir un homme enragé, ce tableau ne s'efface plus de l'esprit et on souhaite ne jamais se trouver en semblable conjoncture.

La rage, très improprement appelée *hydrophobie* — le chien enragé, comme je le montrerai plus loin, n'ayant que rarement horreur de l'eau — ne reconnaît, de même que toutes les autres maladies contagieuses, qu'une seule cause : la contagion, le virus. Elle n'est jamais spontanée, parce que : *de nihilo nihil*. Au reste, depuis les immortels travaux de Pasteur, tous les *spontanéistes* — dont je fus — ont confessé leur erreur et fait amende honorable. Eugène Renault, qui fut pendant si longtemps professeur de clinique et directeur de l'Ecole d'Alfort, alors qu'on était loin de penser aux découvertes de l'Institut Pasteur sur le siège de la rage et la marche du virus dans l'organisme, a peut-être le premier démontré la non-spontanéité. En effet, sur *dix-huit cents* chiens enragés qu'il a observés, il ne s'en est trouvé que *deux* pour lesquels, faute de renseignements précis, il n'a pu établir la filiation de la contagion. Et parmi ces deux chiens se trouvait une chienne qui, au dire de sa propriétaire, n'avait jamais eu de contact avec d'autres chiens. Or, cette chienne, morte aux hôpitaux d'Alfort, a été trouvée *pleine* à l'autopsie !

D'après les recherches de P. Bert, Pasteur, Roux, Nocard, Leclainche, Peuch, etc., c'est la salive qui est le plus ordinairement l'agent contagifère. Les dents canines ou crochets du chien et du chat sont bien faits pour faire pénétrer le virus dans le réseau lymphatique et nerveux sous-cutané. C'est par morsure ou par lèchement que le chien et le chat communiquent la rage à l'homme. Et j'insiste sur le *lèchement*, parce qu'il est arrivé que la plaie faite par la griffe du chien sur la main de l'homme a été le point d'inoculation ; soit que le chien ait léché la plaie faite par sa griffe, soit qu'il ait léché sa griffe avant d'égratigner la main.

La rage est-elle une maladie saisonnière soumise aux influences météorologiques ? C'est un préjugé généralement admis, que rien ne justifie, que les chaleurs de la fin du printemps et de l'été favorisaient l'accroissement du nombre des cas de rage. D'après les statistiques des écoles vétérinaires, celles de Bourrel, Urbain Leblanc, H. Bouley, etc., on arrive à des chiffres probants, à savoir : sur 4,096 chiens enragés, dont la répartition a été faite par groupes de trois mois correspondant aux quatre saisons on arrive aux résultats suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Hiver*, | comprenant | décembre, janvier et février.... | 755 |
| *Printemps* | — | mars, avril et mai..... | 857 |
| *Eté* | — | juin, juillet et août..... | 788 |
| *Automne* | — | septembre, octobre et novembre. | 696 |

On peut donc dire que la rage sévit à peu près uniformément à toutes les époques de l'année. Mais on doit, sans crainte d'erreur, attribuer la recrudescence des accidents dus à cette maladie, recrudescence qui se produit périodiquement, au relâchement périodique aussi des mesures de rigueur prises par les autorités locales chargées de la police sanitaire et de la surveillance du muselle-ment des chiens. La mauvaise foi du propriétaire est aussi une des causes de la recrudescence des cas de rage. Tous refusent, sous de fallacieux prétextes, l'obéissance à la loi du 21 juillet 1881, et aucun d'eux ne veut reconnaître, malgré les preuves que, son chien a été mordu ou roulé par un chien enragé ou suspect de l'être.

II. Symptomes. — La rage chez le chien se manifeste sous deux formes assez nettement tranchées : La *rage furieuse* et la *rage paralytique* ou *rage mue*.

On se méprend d'autant mieux sur les prodromes de la rage qu'ils n'ont rien de net, de précis. Le changement de caractère a cependant de l'importance. Au début, l'animal est ou plus gai, plus caressant, plus vif qu'à l'ordinaire ; ou il est plus triste, plus sombre, plus hargneux. Dans les deux cas, l'état ordinaire étant modifié, il y a lieu d'être prudent et de prendre des précautions toujours trop négligées. Puis, par une transition insensible, les symptômes évoluent et se succèdent pour arriver à la période de frénésie et à la mort ; et, dès le début les lèchements peuvent être aussi dangereux que les morsures (H. Bouley).

Après cette période prémonitoire, dangereuse, je le répète avec intention, l'animal cherche à se cacher. Le moindre coin lui est bon. Il se glisse sous les meubles ou se couche au fond de sa niche. Il paraît envahi par une vive *inquiétude* qui ne lui laisse pas un instant de tranquillité. Il va, vient, se couche, se relève, marche de nouveau et gratte, parfois, le sol ou le parquet de ses pattes antérieures. Il paraît effrayé et avoir de véritables *hallucinations* (Youatt); car il mord l'espace comme le chien qui veut attraper une mouche au vol. Il lui arrive de se précipiter contre un objet ou contre un animal imaginaire. Souvent il reste couché et endormi pendant très longtemps et répondant aux excitations même douces, par des grognements significatifs. Dès cet instant, le regard n'est plus le même. Il exprime une tristesse sombre et quelque chose de farouche (Peuch).

Si, alors, l'animal n'est pas agressif, si même il est plus caressant, s'il lèche avec opiniâtreté les mains ou même le visage de son maître, il ne faut pas croire que l'on s'est trompé et que la bête n'est ni malade ni dangereuse.

Dans ce premier stade, qui appartient aux deux formes de la maladie, le chien continue à manger, peut-être même

Digitized by Google

avec plus d'avidité que d'ordinaire. Il boit de même et ne paraît pas avoir la moindre horreur des liquides.

Il y a une épreuve-critère qui peut, à ce moment, fixer sur la nature des symptômes observés ; cette épreuve caractérise particulièrement la rage furieuse et consiste à présenter un chien au malade. Celui-ci se précipite sur l'animal qui peut être son camarade habituel, le mord ou cherche à le mordre en faisant entendre un aboiement particulier sur lequel je reviendrai. La vue d'un autre chien ou même la vue d'un animal d'une autre espèce fait naître d'emblée un accès toujours effrayant.

Certains sujets sont sous le coup d'un prurit intolérable et se grattent avec les griffes et avec les dents jusqu'à l'arrachement du poil et à l'excoriation de l'épiderme. La démangeaison paraît avoir son siège à l'endroit où l'animal a été mordu. Au prurit succède toujours une analgésie absolue (Peuch).

L'appareil génital se ressent de l'état nerveux général. Les chiennes deviennent en folie et les chiens sont atteints d'un véritable satyriasis.

C'est alors qu'apparaît la *dépravation du goût* qui porte l'animal à ingérer toutes les matières non alimentaires qu'il rencontre : paille, herbes sèches, terre, cailloux, charbon, chiffons, etc. Il boit parfois son urine et mange ses propres excréments.

L'*envie de mordre* est très accentuée et le chien déchire tout ce qui se trouve à portée de ses dents. Mais la déglutition est difficile, pénible, souvent impossible. Cette *difficulté extrême de la déglutition* est un des symptômes les plus constants et les plus certains de la rage. C'est précisément ce signe qui fait croire, à raison des efforts de déglutition et de régurgitation, au propriétaire que son chien a « avalé un os qui s'est arrêté dans le cou ».

C'est vers cette période que le chien quitte son logis habituel et, malheureusement trop souvent avant ce départ, sous le coup d'accès qui se succèdent à peu d'intervalles, il mord avec fureur les personnes ou les animaux à portée de ses crocs.

Libre, la pauvre bête file en ligne droite avec une vitesse incroyable, obéissant à l'impérieux besoin de mouvement qu'il éprouve. Si un chien se trouve sur la route du malade, celui-ci se précipite sur son semblable et le mord *en silence* (H. Bouley). Quand le malheureux mordu ne se plaint ni ne se défend et se sauve, le chien enragé continue son chemin. Mais si l'adversaire crie, le malade devenu plus furieux se précipite sur lui, le roule et le mord à belles dents. « Il en est de même quand le chien attaqué se défend, et la lutte qui s'engage a cela de particulier que, tandis que l'animal attaqué fait entendre les grondements de sa colère, l'enragé reste silencieux » (H. Bouley). Il est aussi de remarque à peu près constante que, si un chien à l'état normal ne mord jamais une chienne, le chien enragé ne distingue pas le sexe et roule aussi bien une femelle qu'un mâle.

Dans la fuite du malade, pas un chien n'est épargné de ceux qu'il rencontre ; et si, par malheur, le chien enragé rencontre un troupeau, que ce soient des moutons, des vaches, des porcs ou des volailles, sa fureur s'accroît de la facilité qu'il a de la satisfaire. Il les poursuit et les mord jusqu'à épuisement de ses forces décuplées par l'irritation morbide.

Plus rarement que le chien et les autres espèces animales, qui sont pour le chien enragé autant de puissances excitatrices, l'homme devient sa victime. Il semble en effet que d'instinct, alors même que la maladie se manifeste dans toute sa force, l'animal ait conscience de l'autorité de l'homme. Mais c'est en tout cas une chance favorable pour ce dernier exposé à la rencontre d'un chien enragé, qu'il y ait à proximité des animaux ou un autre chien, sur lesquels le malade passera sa fureur.

Il n'est pas extraordinaire qu'un chien enragé revienne chez son maître s'il ne tombe pas épuisé, paralysé après avoir parcouru une longue distance de 100 kilomètres (Nocard et Leclainche), et plus. Je dis : plus, parce que j'ai eu à faire l'autopsie d'un chien qui, parti du domicile de son maître, a été tué le lendemain même dans une ville distante de vingt-huit lieues (112 kilomètres) du point de départ. D'autres fois aussi, le chien, après avoir erré dans un rayon de 15 à 20 kilomètres en jetant la terreur autour de lui, rentre à sa niche après deux ou trois jours d'absence.

Rien, au début de la course, ne semble modifié dans les allures du malade non plus que dans son habitude extérieure. L'incertitude de la marche, l'air triste, abattu ne se manifestent que plus tard, après plusieurs accès et par les progrès du mal. Alors, la tête est basse, la gueule devient baveuse et reste toujours ouverte, la queue pendante est ramenée entre les membres postérieurs.

Quand le chien est séquestré, les accès sont plus rares, à plus longues intermittences, et se manifestent toujours sous l'influence d'une excitation ou par la présence d'un chien. C'est alors qu'il est possible, en excitant le chien malade, d'apprécier le *hurlement* caractéristique qui est bien le « *vox faucibus hæsit* ». Ce hurlement commence par un aboiement *fêlé*, qui, tout à coup, la voix baissant d'une octave, se termine par un hurlement sinistre. Mais cette voix est enrouée, éraillée, et les sons paraissent arrêtés, enrayés dans le larynx. Cet aboiement, ou hurlement, est tellement particulier que, quand on l'entend une fois, une seule fois dans sa vie, on n'oublie plus jamais cette intonation terrifiante.

Si, pendant qu'il est enfermé dans une cage, par exemple, on présente, au chien enragé, un bâton, une barre de fer froide ou même rougie au feu, la pauvre bête se jette sur cet objet et la mord obstinément, en exhalant la fumée de sa gueule grillée, ses dents éclatent même sur le fer mordu, tant est puissante la contraction des masséters.

« La physionomie du chien en état de rage est terriblement modifiée. Ses yeux, ces bons yeux de chien, si pleins

Digitized by Google

d'amour quand il les fixe sur son maître, ont maintenant une expression indéfinissable de tristesse sombre et de cruauté. A travers l'ouverture de leurs pupilles excessivement dilatées, ils laissent échapper par moments des lueurs comme fulgurantes, produites par le reflet de la lumière sur leur tapetum intérieur, et qui leur donnent l'apparence de deux globes de feu. Mais, lorsque ces lueurs passagères s'éteignent, ils redeviennent ternes, sombres et si farouches qu'on ne peut se défendre d'un sentiment d'effroi quand on se trouve en présence de l'animal, alors même qu'on est protégé contre ses atteintes par la grille de la cage ». (H. Bouley).

Et, fait remarquable, même à cette période ultime de la maladie en plein paroxysme, le chien enragé subit encore l'influence de la voix du maître ; et il le montre non seulement par les mouvements de la queue, mais aussi par l'expression du regard et par la suspension des accès de fureur, à tel point que son maître peut lui passer au cou sa chaîne d'attache et prévenir ainsi bien des malheurs (Peuch).

Dans sa marche la plus ordinaire, la rage se termine toujours par la *paralysie* qui peut débuter soit par le train postérieur soit par les muscles des mâchoires, envahissant plus tard les autres régions et particulièrement les muscles respiratoires. La voix s'éteint peu à peu, le sujet reste couché, avec des yeux chassieux enfoncés dans les orbites. La mort arrive alors ordinairement par asphyxie.

La durée de la rage, dans sa forme furieuse, est de deux à dix jours comme limites extrêmes Mais la durée moyenne est de quatre à six jours. Toutefois on peut hâter sa terminaison fatale par des moyens divers, soit en excitant l'animal avec un bâton, soit en lui présentant souvent d'autres animaux.

La *forme paralytique* ou la *rage mue* succède parfois à la rage furieuse ou, le plus souvent, se montre à sa période initiale. Mais, dans les deux cas, les symptômes du début sont identiques. Ordinairement sa région massétérine est atteinte la première. Quelquefois, plus rarement, la paralysie commence par un membre, et, de préférence, par les deux membres postérieurs qui traînent sur le sol en état complet de flaccidité. La paralysie se traduit alors, disent Nocard et Leclainche, par de la faiblesse suivie d'une impotence fonctionnelle plus ou moins absolue ; au bout de 24 ou 36 heures, on observe ou une monoplégie ou une paraplégie. Dans d'autres cas, les membres des régions dorsale ou abdominale ou même le diaphragme sont les premiers atteints de ces paralysies erratiques qui, heureusement, tuent les malades en peu de jours et avant qu'ils puissent être dangereux.

Dans la forme la plus habituelle de cette rage paralytique à laquelle on donne le nom de rage *mue* ou *muette*, on observe la paralysie de la mâchoire inférieure qui empêche l'aboiement ou plutôt le hurlement rabique.

Le moins initié peut reconnaître la maladie, tant les symptômes sont manifestes. La bouche est constamment ouverte avec la langue pendante laissant couler une abondante salive visqueuse ; la muqueuse de la bouche est toujours violacée, ce qui traduit la gêne respiratoire. L'œil est atone avec un regard fixe. L'animal, malgré son désir, est incapable de manger et de déglutir quoi que ce soit ; mais il n'y a ni hydrophobie, ni apparemment envie de mordre. Il y a une véritable graduation ou progression dans ces signes selon le moment du cours de la maladie où ils sont observés. C'est ainsi qu'au début, l'animal peut faire entendre l'aboiement pathognomonique de la rage, aboiement qui est alors faible et comme voilé.

La gueule entr'ouverte et la dysphagie ont souvent fait croire à la présence d'un os arrêté dans le pharynx ou dans l'œsophage. Ce n'est, en tout cas, qu'avec une extrême prudence que ces régions peuvent être explorées. Il faut surtout éviter de mettre les doigts dans la bouche du malade ; car la bave est virulente et il est possible que sous l'influence de l'excitation produite par l'exploration, le chien morde et qu'ainsi la rage soit inoculée (Peuch).

Le chien, sous le coup de cette forme de rage, quitte rarement le domicile de son maître, il répond peu ou pas aux provocations ; la vue et même le contact d'un autre chien le laissent indifférent ; on n'observe ni satyriasis ni priapisme.

Dans la rage mue, l'animal, chez lequel la paralysie marche et se propage plus vite que dans la rage furieuse, reste toujours couché et meurt en 2 ou 3 jours au plus.

Bien que, le plus habituellement, la rage suive une marche régulière depuis son début jusqu'à sa terminaison par la mort, il est des cas bien observés et tout à fait exceptionnels, dans lesquels elle a, dans son cours, présenté des intermittences qui ont prolongé sa durée. Ces intermittences ou rémissions peuvent être de 8 jours (Youatt), de 2 mois (Pasteur), de 6 mois (Perrin).

Certains observateurs, Youatt, Chardon, Decroix, Leblanc ont signalé des cas de guérison que H. Bouley a rappelés, en 1874, dans son article RAGE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

A ces faits, dit Peuch, il y a lieu d'ajouter ceux qui ont été constatés par Hœgyes, de Budapest, et publiés dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1889). Ces derniers démontrent expérimentalement qu'il peut y avoir des cas sporadiques de guérison spontanée de la rage chez le chien.

Au reste, d'autres observateurs, plus récemment encore, ont signalé des cas de guérison ou prétendus tels de la rage chez le chien et chez d'autres espèces domestiques. Ces derniers faits méritent d'être confirmés par des expériences.

Le chat domestique, chez qui la rage est moins fréquente que chez le chien, a pourtant, lui aussi, fait sur notre espèce humaine de nombreuses victimes. Je n'ai

Digitized by Google

jamais eu l'occasion d'étudier la rage du chat dans ma pratique personnelle. Mais en 1880 et en 1882, à la clinique du professeur Violet, de l'Ecole vétérinaire de Lyon, j'ai pu voir pendant d'assez longs instants deux chats enragés.

Si la rage est moins fréquente chez le chat, les caractères de la maladie en sont moins bien connus, parce que le chat enragé fuit ou se cache dès qu'il éprouve les premières manifestations de la maladie. Aussi la période initiale passe t-elle souvent inaperçue (Peuch). Il y a, dit-on, changement d'humeur, une certaine agitation qui contraste avec la somnolence ordinaire de l'animal et même, paraît-il, dépravation du goût.

Le chat enragé, dit Peuch, fait entendre une sorte de miaulement rauque, ses grands yeux deviennent fulgurants et expriment une indicible férocité, sa gueule est remplie d'une salive mousseuse et non filante comme chez le chien (Violet). Il fait des bonds désordonnés et furieux accompagnés de la grimace caractéristique de sa colère; il s'élance sur ceux qui l'approchent et les mord au visage, de préférence, et aux mains. Il n'a pas, comme le chien, des égards pour les personnes familières. Il se jette également sur tous les animaux. Parfois, dit encore le professeur Peuch, il revient à la maison de son maître; il se blottit sous les meubles, dans quelque coin obscur où il meurt paralysé.

La maladie a toujours une durée moins longue que chez le chien, de 3 à 4 jours au plus.

Toujours communiquée par un chien ou, plus rarement, par un chat, la rage a été observée fréquemment sur les solipèdes, sur les grands et petits ruminants, chez le porc, chez le lapin et même chez les oiseaux de basse-cour. Mais l'étude de la rage chez ces espèces n'a pas d'intérêt pour la médecine, car on n'a pas d'exemple, que je sache, de contagion involontaire de la rage de ces animaux à l'homme.

III. DIAGNOSTIC. — Malgré la netteté et la précision des symptômes pathognomoniques de la rage, on a souvent confondu d'autres maladies à symptômes rabiformes avec la rage du chien elle-même. Peut-être n'est-il pas inutile de donner quelques indications relatives au diagnostic différentiel; car, si tout doit être mis en œuvre pour enrayer les ravages de la maladie, il est bon, je pense aussi, de ne pas rendre victimes d'erreurs de diagnostic de pauvres bêtes qui sont si souvent les compagnons fidèles d'humains plus malheureux qu'elles encore.

L'épilepsie, la présence des corps étrangers dans la bouche, dans le pharynx, dans l'estomac ou dans l'intestin, la maladie du jeune âge, la gastro-entérite, certains empoisonnements, les maladies venimeuses, les *affections morales* peuvent s'accompagner d'un état rabiforme, provoquer de la colère ou de la fureur, amener l'aberration du goût, produire l'écartement mécanique des mâchoires et la salivation, etc. Mais pourtant, dans aucun de ces cas, selon le professeur Galtier, on ne constate ni les hallucinations, ni l'altération particulière de la voix, ni l'anesthésie cutanée, ni la physionomie rabique, ni enfin le regard sinistre et terrifiant.

Plusieurs fois, dans une pratique qui remonte à 1861, j'ai eu à établir ce diagnostic différentiel et j'avoue humblement m'être trompé au moins une fois à mes débuts. C'était en octobre 1862, à Ervy (Aube), j'ai fait abattre, comme suspect de rage, un jeune chien sous le coup d'accès épileptiformes et rabiformes dont l'intestin était complètement obturé par des pelotes de *tænia inermis*.

En 1867, j'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, sous la rubrique : *Note pour servir au diagnostic de la rage*, un fait dans lequel les manifestations étaient dues tout à la fois à un *état moral* et à une souffrance physique. Aussi bien le directeur du *Journal des Praticiens* a beaucoup connu et fréquenté la maison dans laquelle j'ai relevé cette observation.

Que s'était-il passé chez cette bête? Une violente réaction nerveuse due à une souffrance morale par l'enlèvement brusque de tous ses petits — et on sait que l'instinct maternel est très développé chez la chienne — et à une souffrance physique par la suppression de la lactation et l'engorgement des glandes mammaires.

J'ai observé des accidents rabiformes violents chez un chien ayant dégluti environ 800 grammes de noyaux de prunes qui s'étaient accumulés dans le rectum et dans le colon. L'autopsie a révélé la cause des symptômes qui avaient effrayé le propriétaire.

Des os, des fragments de bois dans la bouche et dans le pharynx, le simple déplacement d'une dent molaire (Bourrel), en maintenant sa gueule ouverte et en produisant de la sialorrhée, ont pu faire croire à la rage mue.

Dans ces divers cas, l'animal souffre, se plaint, crie parfois, mord même pour se défendre contre sa douleur qu'on provoque en essayant de le soulager; mais on ne constate pas l'agitation du chien enragé; la coloration des muqueuses, qui restent rosées, n'est pas celle qu'elles revêtent dans la rage. Enfin la physionomie et la voix caractéristiques de sa maladie n'existent pas. Et, si par hasard un chien est abattu dans cet état rabiforme, l'autopsie ne présente pas les lésions rencontrées d'ordinaire dans les cadavres de chiens enragés, bien que ces lésions soient, en général, peu significatives. Mais en tout cas on a toujours la ressource de l'inoculation-critère.

*(A suivre.)*

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Potion contre la diarrhée des tuberculeux** (Bricemoret) :

| | |
|---|---|
| Poudre de cachou | 2 gr. 50 |
| Sirop de ratanhia | 30 gr. |
| Teinture de cannelle | X gouttes. |
| Vin rouge | 90 gr |

A prendre par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## CLINIQUE CHIRURGICALE

**Des paralysies post-anesthésiques.** — On observe quelquefois, à la suite d'opérations pratiquées sous le bénéfice d'une anesthésie générale, des paralysies qui n'ont aucun rapport au point de vue pathogénique avec la région sur laquelle a porté l'intervention : elles ont ceci de commun de se montrer après une narcose et de surprendre par leur apparition absolument imprévue et le malade et le chirurgien. Leur histoire est de date récente et un cas personnel que nous relatons ici tout d'abord et dont la bizarrerie nous a frappé, nous a engagé à rechercher les faits publiés et à en tracer un tableau concis et fidèle.

Notre observation concerne un homme de 45 ans, souffrant dans ces dernières années d'une dilatation de l'estomac et de troubles gastro-intestinaux qu'on a soignés, sans arriver à les guérir tout à fait. Il est porteur depuis des années d'une hernie inguinale petite, mais sortant assez facilement, malgré les bandages dont il fait usage. C'est un neurasthénique, il a connaissance d'accidents d'étranglement possibles, il en a même été témoin chez un membre de sa famille et demande à être débarrassé de son infirmité. L'état général étant meilleur, quoique le pouls reste toujours très lent, nous l'opérons en octobre 1896. La cure radicale est facile et rapide. Pendant l'opération une petite alerte chloroformique, petite syncope respiratoire et cardiaque à laquelle met fin rapidement la respiration artificielle. L'opéré reste toute la journée dans un état d'omnubilation qui ne lui permet pas de se rendre bien compte des sensations. Cependant, il est frappé dès qu'il est bien réveillé de ressentir des fourmillements dans la main droite, surtout le pouce et l'index et il ne peut mouvoir facilement les deux doigts. Nous constatons le lendemain qu'il y a une paralysie totale du long fléchisseur du pouce et des fléchisseurs de l'index. Tous les autres muscles du membre supérieur sont intacts. Aucune anesthésie, ni hyperesthésie. Qvand il commence à vouloir remuer et à déplacer les membres intérieurs, nous constatons une paralysie très nette du triceps crural droit. La pa alysie est donc toute à droite, intéressant un seul muscle en bas, deux muscles en haut. Ces troubles franchement accentués ont peu à peu disparu : nous l'avons massé et électrisé et sept mois après, rien n'existait plus des paralysies que nous avions remarquées.

Lorsque nous nous sommes aperçu de la paralysie des muscles du pouce et de l'index, notre première pensée a été qu'il pouvait s'agir là d'une paralysie périphérique par tiraillement du plexus brachial ; cependant nous n'avions fait aucun effort exagéré pendant la respiration artificielle qui avait duré à peine deux minutes ; il n'était pas possible de songer à cette pathogénie lorsque nous nous aperçûmes de la paralysie du triceps crural ; il ne pouvait s'agir que d'une paralysie centrale fonctionnelle ou autre. Bien interrogé, le malade nous apprit que depuis quelque temps déjà il présentait un peu de maladresse de la main droite et qu'il lui fallait des porte-plumes de plus en plus gros pour écrire. Ce renseignement nous raffermit dans l'idée d'une paralysie centrale, l'idée de l'hystérie devant être complètement laissée de côté.

Les paralysies *postanesthésiques* ou *postchloroformiques*, comme elles sont plutôt désignées et décrites par les auteurs, se montrent sous deux physionomies distinctes. Tantôt ce sont des paralysies périphériques, paralysies surtout du plexus brachial et de ses branches, intéressant par conséquent de préférence le membre supérieur. Elles ont été vues par nombre de chirurgiens. Pour ma part, je n'en ai pas observé. Elles revêtent souvent le type clinique dit type d'Erb, intéressant de préférence le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps, le long supinateur. Plus rarement, d'autres muscles sont paralysés.

Il résulte des recherches de Büdinger (*Archiv. für Klinisch Chirurgie*, 1894), de Krumm (*Sammlund Klinischer Vortraege*, 1895), de Vautrin (*Bulletin de la Société de médecine de Nancy*, 1895), de Garrigues (*American Journal of the med. Sciences*, Philadelphie, 1897), de Casse (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1897), que ces paralysies sont de vraies paralysies traumatiques par compression, par tiraillement, dues à des attitudes vicieuses prolongées ou forcées, à des compressions circulaires des membres par des liens élastiques très serrés. Ces paralysies évoluent comme les paralysies par compression ou tiraillement ; elles en ont l'histoire clinique. On peut et on doit les éviter en surveillant pendant la chloroformisation ou l'éthérisation (Garrigues) les malades à opérer. Ce ne sont pas des paralysies postchloroformiques ou post-anesthésiques, car elles n'ont d'autre relation avec l'anesthésie que d'apparaître après elle, et d'avoir été produites par des attitudes maintenues et supportées à la faveur du sommeil.

Beaucoup plus rares, beaucoup moins étudiées sont d'autres paralysies que l'on ne peut plus expliquer de la même façon et dont le tableau clinique est différent.

Sans vouloir rien préjuger nous les appellerons, comme les auteurs qui les ont étudiées, *paralysies centrales* ou *postanesthésiques* vraies. Notre fait en est un cas. Nous avons pu en recueillir une dizaine, dont le tableau clinique est variable, mais que l'on peut cependant assez bien ranger en trois catégories.

Dans une première, se trouvent des faits de paralysie n'intéressant qu'un membre, des monoplégies, ressemblant beaucoup à ceux déjà signalés, tels les faits de Büdinger, de Franke : le premier avec autopsie montrant une zone de ramollissement au niveau de l'écorce cérébrale, le second

Digitized by Google

chez une femme manifestement hystérique avec les caractères d'une paralysie hystérique.

Dans une seconde catégorie, nous voyons des paralysies d'un nerf crânien (nerf facial), unique ou associées à des paralysies des membres ou d'autres nerfs crâniens.

Dans une troisième se rangent de véritables hémiplégies s'établissant d'emblée dès le réveil ou survenant progressivement ou encore peu de temps après.

Tous les malades sont des femmes, excepté le nôtre. La plupart ont guéri plus ou moins lentement.

La question pathologique se pose et est difficile à résoudre. S'agit il de paralysies toxiques, comme le pensent Büdinger et Bernheim, comparables aux paralysies alcooliques et tenant à une action spéciale du chloroforme amenant une dégénérescence de la substance nerveuse, quand celle-ci constitue un *locus minoris resistentiæ* ? Nous ne le pensons pas, à cause de la rareté des faits, à cause de ceux où la durée de l'anesthésie a été très courte ou cette dernière a été incomplète.

Faut-il songer à une coïncidence ? C'est possible, mais non démontrable.

Il est, par contre, plausible de penser que des artério-scléreux, que des individus à artères malades peuvent pendant la chloroformisation de l'éthérisation, à la période d'excitation, sous l'influence de cris, d'efforts de vomissements, faire une rupture vasculaire et présenter suivant l'étendue du foyer, sa localisation des lésions se traduisant par des signes variables. Des faits de Depage, de Gross, le fait de Büdinger parlent dans ce sens.

Enfin l'hystérie doit intervenir dans certains cas et maintenant que nous connaissons si bien l'hystéro-traumatisme, il faut chercher dans cette voie.

Au point de vue pratique, il est impossible de prévoir l'accident, l'on pourra s'en méfier chez les artériels et les cardiaques. L'on saura que, malgré tout, la guérison a eu lieu souvent lorsqu'il ne s'agit pas d'hémiplégies totales. — Dr L. Schwartz, *chirurgien des hôpitaux de Paris. (Congrès de chirurgie*, octobre 1897).

---

**Diagnostic et traitement des contusions de l'abdomen.** — Voici une question d'actualité, une question d'un intérêt quotidien pour les praticiens, et que, dans un remarquable rapport présenté au Congrès de chirurgie M. le professeur Demons (de Bordeaux) a traitée d'une façon véritablement magistrale.

En face d'une contusion de l'abdomen, la question la plus difficile à résoudre est celle du diagnostic, car elle conduit directement au mode et à la qualité de l'intervention ; on aura donc à se poser, ainsi que l'a montré M. Demons, les questions suivantes :

1° Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésions des viscères abdominaux ?

2° Quel est le viscère lésé et quelle est sa lésion ?

3° Y a-t-il plusieurs viscères lésés ?

4° Quand et comment faut-il intervenir ?

1° *Y a-t-il ou n'y a-t-il pas lésions des viscères abdominaux ?*

Pour résoudre cette question, l'*étiologie* à elle seule peut donner des renseignements, mais elle les donne trop souvent trompeurs. Nous ne connaissons pas en effet dans tous ses éléments la force vive de l'instrument vulnérant ; d'autre part, le degré de résistance des parois et du contenu de l'abdomen sont variables chez différents sujets. En effet, les instruments contondants n'ont jamais une forme identique ; ils ne frappent pas de la même façon ; souvent, les commémoratifs, les renseignements fournis par le blessé ou les témoins de l'accident suffisent à nous montrer si le coup a été léger ou fort, et nous font déduire que la contusion sera bénigne ou ne le sera pas. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi ; et l'on est obligé de faire une enquête et un examen attentifs et minutieux. Par exemple, si la direction du coup est perpendiculaire aux plans profonds, elle aura les chances d'être plus nocive ; parallèle, elle pourra glisser au-devant des viscères ; oblique, sa force sera en rapport avec le degré de l'obliquité. De même un viscère creux (estomac, intestin, vésicule biliaire, vessie, utérus) sera plus superficiel, présentera une plus grande surface, sera moins mobile, par conséquent éclatera plus facilement sous le choc ; un organe hernié sera moins bien défendu ; un organe plein, malade antérieurement (foie, rate, etc.), peut être devenu plus friable, offrira une plus grande prise, d'autant plus qu'il déborde la ligne de défense. Ce qui prouve que, pour évaluer l'importance de la contusion, on doit accumuler un grand nombre de données.

Les *symptômes* eux-mêmes n'ont pas toujours, à eux seuls, une netteté suffisante pour permettre un diagnostic ferme. La *douleur* manque rarement ; elle est variable dans son intensité ou sa localisation ; pourtant, profonde, limitée à un point précis, exagérée par les mouvements respiratoires, elle fera songer plutôt à la blessure d'un viscère qu'à une contusion de la paroi ; de même si elle s'irradie loin du point atteint. L'*ecchymose*, la *tuméfaction superficielle*, un *ballonnement* léger, un ou deux *vomissements* alimentaires n'apprennent rien ; mais un *ballonnement considérable dès le début tend à faire penser à une blessure viscérale* ; il en est de même de semble apla *rigidité du ventre*, qui est « comme en bois » et qui partenir à la blessure des organes creux.

2° *Quel est le viscère lésé et quelle est sa lésion ?*

*Estomac.* — Coup habituellement violent dans la région épigastrique ou dans l'hypochondre gauche. Shock ordinairement marqué. Douleur vive assez bien limitée. Hématémèses plus ou moins abondantes qui peuvent cependant manquer. Vomissements répétés, ou efforts infructueux de vomissements, ou bien ni vomissements ni efforts. Emphysème sous-cutané (rare).

*Intestin.* — Coup violent, ou en apparence modéré, notamment quand le corps contondant est étroit, sur tous les

Digitized by Google

oints de la paroi abdominale, particulièrement en avant t sur les côtés. Shock accentué, médiocre ou nul. Douleur très variable, profonde, parfois hyperesthésie (Deorme). Hématémèses ou selles sanglantes (très rares). Ventre tendu, dur ou, au contraire, légèrement ballonné t souple, quelquefois sans modification appréciable. D'autres fois, le ballonnement est considérable, on trouve partout de la sonorité, et la matité hépatique disparaît derrière les gaz sortis de l'intestin et accumulés au-devant du foie.

*Mésentère, épiploon.* — Mêmes causes que ci-dessus. Shock modéré. Douleur médiocre. Signes d'hémorragie interne si des vaisseaux importants ont été intéressés. Lésions confondues d'habitude avec celles de l'intestin.

*Foie.* — Coup violent sur la base du thorax, l'hypochondre droit, ou la région épigastrique, ou bien sur un autre point plus ou moins éloigné du tronc ; ou encore chute d'un lieu élevé sur la tête, les pieds, le siège (choc indirect). Shock souvent prononcé, manque rarement. Souvent symptômes d'hémorragie interne. Douleur ordinairement vive dans la région hépatique, s'irradiant quelquefois vers l'épaule droite, ou le creux épigastrique, peut manquer. Respiration difficile et courte. Ictère rare.

*Voies biliaires.* — Coup habituellement violent dans l'hypochondre droit. Shock marqué, manquant quelquefois. Douleur vive au niveau du point frappé. Vomissements, ballonnement léger.

*Pancréas.* — Coup violent dans la région. Shock prononcé. Glycosurie ?

*Rate.* — Coup violent dans l'hypochondre gauche ou à la base du thorax du même côté, très rarement à droite. Shock accentué. Douleur vive. Signes d'hémorragie interne. Dans certains cas, matité considérable (épanchement de sang) avec refoulement du diaphragme et dyspnée.

*Reins.* — Coup violent dans la région lombaire ou dans le flanc. Shock accentué ou moyen. Douleur lombaire d'intensité variable, se propageant le long de l'uretère et de la cuisse. Parfois rétraction des testicules. Hématurie presque constante. Oligurie et même anurie quelquefois. Tuméfaction limitée (hématonéphrose) ou un peu diffuse (épanchement de sang) dans la région rénale.

*Uretère.* — Coup violent dans la région. Shock marqué. Douleur lombaire vive. Exceptionnellement, hématurie légère ou oligurie.

*Vessie.* — Coup violent dans la région hypogastrique ou sur le pubis. Shock manque assez souvent. Rétention d'urine. Ténesme. Urine sanguinolente retirée en petite quantité par le cathétérisme. Tuméfaction hypogastrique simulant la vessie, située au devant de ce réservoir, symétrique ou non. Douleur d'intensité variable *in situ.*

*Utérus.* — Coup violent direct ou indirect chez une femme encente ou portant des fibromes utérins. Shock quelquefois absent. Douleur vive. En cas de grossesse, quelquefois coliques utérines et commencement de travail. Métrorragie et symptômes d'hémorragie interne manquant habituellement. Forme et volume de l'utérus conservés dans certains cas. Le plus souvent, constatation de la tumeur fœtale dans le ventre, hors de sa cavité naturelle.

*Gros vaisseaux.* — Coup violent. Symptômes d'hémorragie interne.

*Diaphragme.* — Pression violente sur la base du thorax ou la partie supérieure de l'abdomen. Shock prononcé. Douleur vive, dyspnée. Coexistence habituelle de nombreuses lésions d'autres organes. Quelquefois, on trouve l'estomac dans la plèvre gauche.

*Nerfs* (plexus solaire). — Coup violent, d'ordinaire sur une surface assez large, dans les régions épigastrique ou ombilicale. Shock accentué, quelquefois subitement ou rapidement mortel.

*Péritoine.* — Coup assez violent. Shock modéré ou nul. Douleur moyenne. Symptomatologie effacée ou confondue avec celle des lésions viscérales.

*Kystes* de l'ovaire, du foie, etc. — Coup violent ou même léger. Shock modéré ou nul. Douleur légère. Disparition plus ou moins rapide et plus ou moins complète de la tumeur qui est remplacée par une ascite. Symptômes d'hémorragie interne rares.

*Tumeurs solides diverses* — Coup violent ou modéré *in situ.* Shock modéré ou nul. Douleur plus ou moins vive. Rarement symptômes d'hémorragie interne.

Quant à distinguer la lésion produite, nous ne pouvons l'apprécier avec certitude que dans certains cas, lorsqu'il s'agit par exemple d'une déchirure large laissant passer franchement le contenu ; ainsi nous servent, pour l'intestin : le tympanisme avec disparition de la matité hépatique ; pour la vessie, l'absence d'urine dans ce réservoir et la formation d'une tumeur liquide dans le voisinage, etc.

Combien de difficultés déjà accumulées et comment répondre à la question suivante ?

3° *Y a-t-il plusieurs viscères intéressés?* Ce sont des cas fréquents, et les symptômes forment un tel chaos que le chirurgien ne peut se comporter que de la façon suivante : (a) *attendre, en étudiant la marche des événements*, que des éclaircissements nous en viennent ; c'est l'expectation armée. — (b) *Provoquer*, par certaines manœuvres, *l'apparition de symptômes révélateurs* : procédé de Senn ou insufflation d'hydrogène dans le rectum pour déceler une perforation intestinale par le tympanisme produit ; procédés de Keen, Moty, etc... Toutesces manœuvres ont été peu employées ; elles sont inutiles ou dangereuses. — (c) *ouvrir le ventre*, pour explorer sa cavité ; la ponction exploratrice permet l'issue de liquides : sang, bile, pus, etc..., mais elle est rarement avantageuse. La laparotomie exploratrice lui est supérieure ; elle peut être précoce, retardée ou tardive, suivant l'allure et l'évolution des accidents ; elle doit se faire au point où l'on suppose découvrir la lésion, être large, et ne pas se réduire à une boutonnière faite à la partie déclive.

4° *Quand et comment faut-il intervenir?* Le *traitement médical* (éther, caféine, diète, glace, opium) a sauvé des

Digitized by Google

blessés; excellent dans les cas légers, il est insuffisant dans les cas graves. *L'expectation armée* est une doctrine dangereuse et ne doit pas être conseillée. Le *traitement chirurgical*, la laparotomie, est seul, au moins théoriquement, sinon toujours pratiquement, à satisfaire l'esprit. Autant que possible, la laparotomie doit être précoce, et se pratiquer dans les 20 heures après l'accident; d'après Gachon, la mortalité après l'intervention précoce serait de 20 pour 100 et, après la vingtième heure, de 75 0/0. Il faut opérer vite et bien, en ne laissant aucune lésion sans la voir, et en réduisant au minimum les recherches et les manœuvres. Contre les déchirures superficielles, simple nettoyage; contre les déchirures profondes, suture, sinon tamponnement, quelquefois résection ou extirpation d'organe. Aux hémorragies artérielles, on opposera la ligature, la forcipressure ou la compression; aux ruptures de viscères creux, les sutures; on se trouvera bien quelquefois de laisser une petite fistule, soupape de sûreté, communiquant avec l'extérieur et qu'on fermera plus tard; on pourra avoir recours, faute de mieux, au drainage temporaire, etc.

Quant aux complications tardives (rétrécissements de l'intestin, ulcères traumatiques de l'estomac, fistules, etc.), elles seront traitées selon les préceptes de l'art. — L. Flœrsheim.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Sur l'uretérocystonéostomie immédiate pour remédier à une section de l'uretère pendant une hystérectomie abdominale totale pour fibromes.** — Malgré les perfectionnements de l'hystérectomie abdominale totale, malgré l'emploi soit du procédé de Doyen, soit du procédé americain modifié suivant les cas, il y a des fibromes utérins, surtout quand ils siègent dans le segment inférieur de l'utérus, qui se confondent, pour ainsi dire, avec l'uretère en l'aplatissant sur eux et dont l'ablation expose à la section du conduit urinaire.

Lorsque le chirurgien aura reconnu séance tenante, une fois la tumeur enlevée, l'accident, quelle devra être sa conduite?

Nous pensons, encouragé par l'observation que nous allons présenter qu'il devra tenter la suture du conduit sectionné ou sa greffe sur la vessie, si le bout périphérique ne peut être trouvé facilement. L'opération se fait dans des conditions très favorables, si l'hystérectomie abdominale a été par elle-même faite dans les délais ordinaires et sans incidents, et le drainage vaginal que nous instituons de parti pris dans toutes nos ablations abdominales de l'utérus nous est un sûr garant contre l'infiltration d'urine, si la suture n'était pas étanche. Voici l'observation de notre opérée :

Il s'agit d'une femme de 49 ans qui nous est adressée pour une volumineuse tumeur abdominale. Entrée à l'hôpital Cochin le 19 juillet, elle a été réglée à 14 ans; elle a eu un enfant et une fausse couche. Elle a, depuis 14 ans, des hémorragies qui se sont surtout accentuées depuis cette dernière année; elle perd du sang continuellement depuis le mois de mai, d'où un état d'affaiblissement qui ne peut durer sans danger. L'examen nous montre que toute la moitié inférieure de l'abdomen est remplie par une tumeur multilobée dure, surtout à droite, mobile, dépassant un peu l'ombilic. Elle plonge dans le petit bassin. Elle n'est pas douloureuse à la pression. Au toucher vaginal, on trouve tout en haut, derrière la symphyse pubienne, un petit orifice qui paraît être celui du col, tandis que la partie supérieure du vagin est remplie et élargie par une énorme masse dure et lisse qui refoule le rectum en arrière et la vessie en avant. Constipation très opiniâtre, envies d'uriner constantes. Rien d'anormal aux urines. L'état des principaux viscères est bon. Nous proposons à la malade de la débarrasser de sa tumeur qui est manifestement un gros fibrome développé en arrière et poussant un prolongement dans le col, et nous choisissons la voie abdominale, étant donné le volume et l'étroitesse des voies naturelles.

L'opération est pratiquée le 24 juillet 1897. Anesthésie facile, plan enclavé. Incision longue de 15 centimètres: on constate dès que l'abdomen est ouvert que le fond de l'utérus proémine en avant au-dessus de la masse du fibrome qui est enclavé dans le bassin et remonte ensuite jusque dans le ventre. Avec le tire-bouchon de Delagenière nous énucléons la tumeur; il est impossible de la pédiculiser. Nous procédons de gauche à droite à son ablation sectionnant le ligament large gauche, pinçant l'utérovarienne puis l'utérine et décollant la vessie; le vagin est ouvert puis désinséré sur l'énorme masse que forme le col; à droite nous coupons peu à peu et, à un moment donné, nous sectionnons sans l'avoir vu, un conduit aplati ressemblant assez bien à une grosse veine et sur lequel, songeant aussitôt à l'uretère, nous plaçons une pince. La tumeur est enlevée.

C'est alors que nous constatons que la partie en arrière de la pince se remplit d'un liquide qui n'est autre que de l'urine. Nous avons sectionné l'uretère droit très près de la vessie; il est très dilaté et un peu épaissi. Nous ne trouvons pas le bout vésical... Comme l'opération a été rapidement menée (trente-cinq minutes environ), que l'état général de la malade est excellent, nous rejetons l'idée d'aboucher l'uretère au vagin pour faire plus tard une seconde intervention et nous procédons aussitôt à la greffe vésicale. Une sonde introduite et poussée dans la vessie refoule celle-ci vers l'uretère sectionné; elle est ouverte. Une sonde olivaire dont nous enlevons le bout est insinuée par l'orifice vésical dans l'uretère et nous procédons autour d'elle à deux plans de suture; l'un muqueux, autant que possible avec points noués en dehors, l'autre séroséreux.

La sonde uretérale est laissée à demeure de même qu'une sonde vésicale. Le péritoine est suturé au vagin

Digitized by Google

le ligament large est refermé par des sutures. Une mèche de gaze iodoformée draine le vagin et s'en va jusqu'à l'endroit où l'uretère s'abouche dans la vessie. Fermeture du ventre à trois plans. Durée de toute l'intervention une heure un quart après cure d'une hernie ombilicale. La sonde uretérale a fonctionné, mais il est certain que, vu la quantité d'urine rendue par la vessie, beaucoup de liquide se perd le long d'elle, sans passer par son canal cependant assez large (sonde n° 14). Jamais il ne s'est écoulé la moindre goutte d'urine par le vagin, La sonde uretérale est enlevée le sixième jour, la seconde vésicale le huitième jour. La malade part guérie le 20 août. Le fibrome enlevé qui envahissait surtout le segment inférieur pèse 3 kilog. 700. — Dr Schwartz, chirurgien des hôpitaux. (*Congrès de chirurgie*, oct 1897.)

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 26 octobre*

**Des apoplexies myocardiques causes de l'aggravation des affections cardiaques chez les femmes enceintes.** — M. Potain fait cette communication au nom de M. Vaquez. C'est, d'ordinaire, la dégénérescence graisseuse du myocarde qu'on incrimine lorsqu'il se produit des accidents cardiaques au cours de la grossesse. Voici des observations qui ne sont point en concordance absolue avec ces principes.

Trois femmes atteintes de rétrécissement mitral meurent à la Maternité. On constate des lésions cardiaques d'ordre mécanique dont voici le résumé : Chez l'une d'elles, il existe seulement de la surcharge graisseuse sans lésion granulo-graisseuse de la fibre musculaire. Il faut donc rejeter toute idée de myocardite aiguë. Les cellules musculaires ne présentent que des lésions passives Ce que l'on peut constater dans ce cas et dans les deux autres, c'est une dilatation capillaire exagérée, surtout marquée pour les parois des cavités droites. L'excessive dilatation des capillaires et des veinules aboutissent, en certains points, à des ruptures vasculaires formant de véritables foyers d'apoplexie myocardique. Autour des foyers anciens on découvre une infiltration embryonnaire qui est le point de départ d'un processus de sclérose,

**La frigothérapie.** — M. Cordes. L'immersion dans des puits portés à 110° produit chez l'homme et chez les animaux un puissant stimulant de la nutrition cellulaire. Ce traitement pourrait donc être utilisé dans les affections caractérisées par un ralentissement de la nutrition.

**Traitement de la fissure douloureuse de l'anus.** — M. Doumer. L'auteur rapporte les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la *haute fréquence* dans le traitement de la *fissure douloureuse* de l'anus. Il ressort de ses recherches que la haute fréquence appliquée localement à l'aide de l'électrode à manchon de verre amène très rapidement la cessation de la sphinctéralgie et de la contracture sphinctérienne et la cicatrisation de la fissure ; quelquefois dès la première séance, souvent après la seconde, toujours après la troisième, l'amélioration a été bien nette. La guérison a été obtenue en trois ou cinq séances. Ces applications sont absolument indolores. L'auteur fait remarquer que les bourrelets hémorrhoïdaux, lorsqu'il en existe, se flétrissent avec rapidité et qu'il semble que ces applications de haute fréquence constituent aussi un bon traitement des hémorrhoïdes.

M. Ferrand lit un rapport sur les épidémies.
M. Dieulafoy lit le rapport pour le prix *Chevallier*.
M. Vallin lit le rapport pour le prix *Vernois*.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 22 octobre 1897*

**Note sur un cas de pyléphlébite.** — M. Barth présente les pièces anatomiques d'une pyléphlébite primitive ayant déterminé des lésions secondaires de l'intestin. Il s'agit d'un homme de 47 ans, vigoureux, ayant déjà eu à l'âge de 33 ans une phlébite double des membres inférieurs, éprouvant depuis le 1er octobre des crises douloureuses à l'épigastre, simulant les coliques hépatiques, sans aucune fièvre ni ictère. Ces crises se renouvelaient plusieurs fois par jour et étaient calmées par la morphine. Au moment de son entrée à l'hôpital Necker, le 13 octobre, il n'existait pas de météorisme, pas de douleurs dans la région du foie ; le volume de celui-ci était normal. Cet état resta stationnaire pendant cinq jours. Dans l'intervalle des crises, le malade pouvait se lever et marcher. Le 17, il fut pris de météorisme, de fièvre, de vomissements porracés, abondants ; le lendemain, la situation était devenue fort grave, rappelant les signes de la péritonite aiguë, et la mort survenait dans la journée.

A l'autopsie, on trouva une sérosité rougeâtre dans le péritoine ; les anses intestinales étaient uniformément dilatées. Un point du jejunum tordu sur lui-même était gangréné, mais non perforé. Cette portion de l'intestin était épaissie, sclérosée, et s'insérait elle-même sur un mésentère épaissi sur une coupe, on voyait dans son épaisseur de petits orifices d'où sortaient des coagula veineux. La dissection montrait que ces réseaux thrombosés se reliaient à la veine mésentérique, et de là à la veine-porte qui présentaient une thrombose complète. Le foie était souple, exsangue, non cirrhotique. La veine splénique présentait des coagula solides.

D'après M. Barth, la phlébite-porte aurait été la première en date ; puis, consécutivement à la gêne apportée à la circulation du sang dans le mésentère et l'intestin, celui-ci aurait perdu son élasticité, il y aurait eu stagnation des matières intestinales, d'où infection aiguë du péritoine au travers l'intestin malade.

M. Galliard fait observer que la sclérose de l'intestin et la thrombose de la veine porte s'observent chez les alcooliques. Il se demande si la lésion n'a pas été d'abord intestinale pour devenir ensuite nerveuse.

**Sténose pylorique, gastro-entéro-anastomose. Etat du malade trois mois après.** — M. Chauffard. Le malade, qui

Digitized by Google

fait l'objet de cette note, a été présenté à la Société le 9 juillet dernier ; il était atteint depuis un an d'une forte dilatation gastrique, suite de rétrécissement du pylore (de cause inconnue); grands vomissements, crises douloureuses, amaigrissement. La gastro-diaphanie, pratiquée alors, montrait l'estomac sous la forme d'une grande bétail couchée dans l'abdomen, descendant presque jusqu'au pubis et conservant sa forme génitale.

Aujourd'hui, trois mois après, une gastro-entéro-anastomose pratiquée, le 21 juillet, par M. Quénu, l'état général s'est amélioré, le malade ne souffre plus et a engraissé de 15 livres. La gastrodiaphanie montre les modifications suivantes de l'état anatomique de l'estomac. On voit une poche ovoïde à grand diamètre vertical, remplissant presque complètement l'hypochondre et le flanc gauches, mais dépassait de très peu à droite la ligne médiane ; en haut, l'extrémité supérieure de cette partie atteint presque l'appendice xyphoïde ; en bas, l'extrémité inférieure descend un peu au-dessous du milieu de la ligne pubio-ombilicale.

Dans la position verticale, l'estomac distendu conserve le liquide introduit; dans la position horizontale, il ne tarde pas à se vider.

M. Chauffard considère cet état comme correspondant à une guérison à peu près complète — toutes réserves faites pour l'avenir.

**Poussée aiguë d'aortite provoquée par un érysipèle de de la face.** — MM. Thoinot et Griffon. Parmi les affections susceptibles d'engendrer l'aortite, ne figure pas l'érysipèle. Nous avons eu cependant l'occasion d'observer un cas d'aortite dans lequel, sur des altérations anciennes, un érysipèle de la face a certainement fait naître des lésions aiguës très marquées.

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital avec des signes d'insuffisance aortique bien supportée, qui présente un jour un érysipèle de la face en apparence bénin. Elle est envoyée en convalescence au Vésinet, mais est obligée de revenir avant la fin de son séjour réglementaire là-bas, tellement elle étouffe et est angoissante. Avec une albuminurie intense, elle offre les signes d'une aortite aiguë à laquelle elle ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, la crosse de l'aorte possède les deux sortes de lésions, anciennes et récentes, diagnostiquées pendant la vie. A côté des régions athéromateuses, calcaires et écailleuses, on voit des élevures ambrées, jaunes ou transparentes, que le microscope, comme l'œil nu, montre de formation nouvelle. On ne trouve pas de microbes dans les coupes, pas plus à la surface de l'aorte que dans le parenchyme rénal, lequel offre les altérations congestives et dégénératives classiques du rein infectieux.

**La bradydiastolie, signe de pronostic dans les affections du cœur.** — M. Huchard. (Ce mémoire est publié dans ce numéro.) — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 27 octobre*

**Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison.** — M. Picqué rend compte des deux observations suivantes de M. Rochard. Dans la première, il s'agit d'une femme de 25 ans, entrée le 3 février à l'hôpital Lariboisière avec des douleurs abdominales, des vomissements, de la leucorrhée. Lorsque les phénomènes inflammatoires furent calmés, M. Rochard pratiqua le curetage de l'utérus. Mais le ventre resta douloureux, sensible à la pression, et à la fin de mars, on découvrait une tumeur dans la région annexielle droite. Le 28, M. Rochard pratiqua la laparotomie et mit à jour dans la fosse iliaque droite une tumeur adhérente à l'épiploon, l'appendice et l'intestin grêle. A sa grande surprise, cette tumeur fut très facilement enlevée et ne possédait pas de pédicule. L'utérus et les annexes étaient sains. L'incision du néoplasme montra dans sa cavité un embryon de deux mois et demi. La malade guérit. L'indépendance de l'œuf d'avec la trompe et les franges prouve bien qu'il s'agissait d'une grossesse intrapéritonéale.

Dans le second cas, il s'agit d'une grossesse extra-utérine qui évolua jusqu'au septième mois, sans déterminer aucun accident ; la laparotomie mit à découvert un kyste avec fœtus macéré. Cette opération fut suivie de guérison comme dans le cas précédent. Les annexes sains furent laissés en place.

**Péritonite purulente enkystée.** — M. Richelot rend compte de l'observation suivante de M. Lafourcade, de Bayonne. Chez une femme de 24 ans, cet auteur diagnostique un kyste hydatique du bord saillant du foie; mais, comme la malade était atteinte d'une bronchite chronique, il n'intervint pas. Deux mois après, cette femme accusa une douleur brusque, violente dans l'abdonen, et présenta tous les signes d'une péritonite aiguë avec épanchement. Le 11e jour, il fit une ponction aspiratrice et retira 5 litres d'un pus jaune, verdâtre. Le liquide se reproduisit, et deux semaines après, il fit une laparotomie médiane, retira 7 litres de pus, et trouva une énorme péritonite purulente enkystée. Les anses intestinales étaient séparées du foyer par une membrane tomenteuse, épaisse. Lavage et drainage de la poche, guérison.

**Kyste de l'ovaire ouvert dans l'intestin.** — M. Richelot rend compte de l'observation suivante de M. Pauchet, d'Amiens. Une femme de 45 ans, atteinte depuis plusieurs années d'un kyste de l'abdomen, évacue le liquide par l'anus. La tumeur se reproduit, et 4 ans après, deuxième évacuation anale. Nouvelle reproduction de la tumeur qui nécessite une laparotomie. M. Pauchet trouve un kyste uniloculaire de l'ovaire, non adhérent malgré ses ruptures antérieures qu'il enlève. Il extirpe de même un fibrome logé dans la paroi antérieure de l'utérus, puis referme les plaies utérine et abdominale, guérison.

Digitized by Google

**Luxation sus-pubienne.** — MM. Demons et Bégouin, de Bordeaux, communiquent une observation de luxation sus-pubienne de la hanche avec autopsie. Il s'agit d'un charretier de 56 ans, alcoolique, qui en avril dernier fut renversé et comprimé au niveau du bassin par une roue de voiture. On constata une luxation sus-pubienne de la hanche qu'on ne put réduire sous le chloroforme. Trois heures après, cet homme succombait par le choc traumatique. A l'autopsie, on trouva la tête du fémur logée sous l'arcade de Fallope ; le tissu cellulaire du bassin et de la cuisse était infiltré de sang ; l'artère et la veine fémorale étaient intactes ; mais la tête du fémur, passée entre ces deux vaisseaux, reposait sur l'arcade crurale près de l'éminence ilio-pectinée ; le ligament rond, le muscle pectiné étaient arrachés, la cavité cotyloïde, le grand trochanter étaient intacts.

**Mode d'intervention dans l'occlusion intestinale.** — M. Reynier. Les cas où le diagnostic étiologique de l'occlusion est impossible, sont peu nombreux. Lorsqu'il en est ainsi, le choix du mode d'intervedtion doit être dicté par les circonstances, par l'état général du malade. L'anus contre-nature constitue une infirmité à laquelle il ne faut se résoudre qu'en dernier lieu. Si le malade peut supporter le choc opératoire, la laparotomie est préférable. — H. M.

## REVUE DES CONGRÈS

### Congrès de chirurgie

(11e session tenue a paris du 18 au 23 octobre 1897)

La onzième session de l'Association française de chirurgie s'est ouverte le lundi 18 octobre dans le grand amphithéâtre de la Faculté. M le professeur Gross (de Nancy) présidait, dans son discours, il s'est attaché à montrer le parti que la chirurgie pouvait retirer des nouvelles découvertes de la radiographie ; il a terminé en rappelant les deuils de l'année courante : ceux de Lediberder, Leroux, Rême, Vigneron, Spencer Wells.

Notre excellent collaborateur M. Picqué, secrétaire général, après avoir constaté le succès toujours croissant de ces Congrès et remercié les confrères présents, a cédé la parole au professeur Berger.

M. Berger fait une communication sur les tumeurs nouvelles du cou, auxquelles il donne le nom d'*épithéliômes aberrants de la thyroïde*, et qu'il différencie des tumeurs décrites par Volkmann sous le nom d'*épithéliômes branchiogènes du cou*. Ces deux genres de néoplasmes ont des caractères semblables : ce sont des tumeurs primitives, développées dans les régions latérales profondes du cou, n'ayant nullement leur siège dans les ganglions lymphatiques de la région, en connexion intime avec la gaine des vaisseaux, particulièrement avec la jugulaire. Semblables au point de vue clinique, elles ne peuvent être différenciées que par leur structure histologique. Tandis que l'épithélioma branchiogème de Volkmann est constitué par de l'épithélium pavimenteux analogue aux épithéliums de revêtement externe, celui que décrit le professeur Berger, et qu'il a étudié sur une tumeur cancéreuse enlevée avec succès est formé par un épithélium cubique ou cylindrique, tapissant l'intérieur de vésicules analogues aux vésicules thyroïdiennes et dont était constituée en entier sa tumeur. Il y a donc lieu de décrire au cou, à côté des épithéliomas branchiogènes de Volkmann, de nouvelles tumeurs auxquelles on peut donner le nom d'épithéliomas thyroïdiens aberrants. L'extirpation de ces néoplasmes est difficile, mais doit être tentée.

MM. Poncet et Dor (de Lyon) décrivent chez l'homme, sous le nom de *botryomycose humaine*, une nouvelle affection constituée par des tumeurs pédiculées et papillomateuses se développant sur les doigts et contenant un parasite spécial, ou botryomices. Ces tumeurs sont analogues à d'autres masses, connues par les vétérinaires sous le nom de *champignon du cheval* et qui se développent chez ce dernier, sur le scrotum, après la castration.

M. Heydenreich (de Nancy) insiste sur la nécessité du *toucher vésical comme moyen d'exploration dans certaines affections péri-utérines*. En un cas d'abcès péri-utérin faisant bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, s'accompagnant d'urines purulentes, il fut obligé, après des tentatives infructueuses pour découvrir le foyer purulent par le toucher vaginal, d'avoir recours à ce procédé sous le sommeil chloroformique. Tentative heureuse, car elle permit de constater un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie, qu'il put ouvrir par le cul-de-sac antérieur. La malade guérit. Le seul reproche qu'on puisse faire à cette méthode est de déterminer une incontinence ; mais celle-ci ne se produit pas toujours, et le chirurgien n'est pas désarmé contre elle.

M. Demons présente sur les *contusions de l'abdomen* le remarquable rapport que nous signalons d'autre part (p. 698).

Pour M. Le Dentu, sauf le cas de rupture des reins ou de la vessie, le diagnostic direct des lésions viscérales dues aux contusions abdominales est soumis à de nombreuses causes d'erreur ; on doit chercher, pour intervenir, un diagnostic basé sur l'analyse de chaque signe isolément. Les signes *locaux* sont : les lésions de la paroi abdominale, sa contracture, certaines modalités de la douleur superficielle ou profonde. Les signes *éloignés* sont les modifications du facies, de la coloration des extrémités, de la voix, du pouls, de la respiration, de la température, de la sécrétion urinaire, de l'habitus et des allures du blessé. On doit pouvoir différencier le shock hémorragique du shock nerveux. Si le diagnostic est insuffisant, faire une laparotomie exploratrice. L'intervention doit être hâtive ; cependant, à moins d'hémorragie grave, il sera bon d'attendre deux heures pour permettre au blessé de se relever du shock initial.

M. Michaux pense que la doctrine de l'abstention et de l'expectation armée est dangereuse et préfère la laparotomie précoce.

M. Moty estime que, si le pouls se ralentit progressivement lorsqu'on fait reposer le blessé, c'est que le cas n'est pas grave. D'autre part, il indique un nouveau signe : la dilatation de la pupille du côté correspondant au coup, dans les cas graves. La laparotomie et la suture intestinale sont les moyens à employer dans ces derniers cas ; dans les cas moyens, avoir recours à l'opium, jamais à la glace.

MM. Tedenat (Montpellier) et Tachard (armée) se rangent du côté des interventionnistes rapides.

M. Doyen n'intervient pas pendant la période de shock ; il a recours, pour arrêter les hémorragies, au procédé de Snéguireff (de Moscou) qui consiste à projeter un jet de vapeur sous pression sur la surface saignante. Enfin, il draine, quand cela est nécessaire, à l'aide d'un drain en verre spécial.

(*A suivre*) L. Floersheim.

Digitized by Google

## Témoignage de sympathie
### AU Dr LAPORTE

En témoignage de sympathie, une souscription est ouverte dans les journaux de médecine, parmi les membres du corps médical français, en faveur de notre confrère Laporte.

*Le chiffre de chaque souscription ne doit pas dépasser cinq francs.*

J'ai pris l'initiative de cette souscription, et je remercie mes collègues MM. Variot (Journal de clinique et de thérap. infantiles), Letulle (Presse médicale), Janicot (Bull. méd.), de l'avoir appuyée. Nous avons été d'avis qu'il convenait, moins de réaliser une grosse somme que de réunir *le plus possible de souscripteurs.* Nous pensons que nos collègues en journalisme partageront notre avis, et que tous nos lecteurs voudront participer à cette manifestation de solidarité professionnelle.

On peut souscrire à partir de un franc, et les sommes de 1, 2, 3, 4 ou 5 francs doivent être adressées en bons de poste au gérant du Journal des Praticiens, 58 avenue de Saxe. Les noms des souscripteurs seront publiés ultérieurement.

Tous les médecins, tous sans exception, doivent participer à cette œuvre de solidarité professionnelle. Quand on saura que nous sommes unis, que nous sommes *unanimes* pour la défense de notre sécurité et de notre honneur menacés, on respectera un peu plus notre profession et notre dévouement.

Allons, mes chers lecteurs, mes chers amis, envoyez tous votre souscription, et par votre nombre, vous nous donnerez ainsi plus de force, plus d'autorité pour vous défendre et vous soutenir.

Je m'inscris tout d'abord pour une somme de 100 francs (5 francs pour la souscription, et 95 francs que j'adresserai, pour le Dr Laporte, au *Syndicat des médecins de la Seine).* — H. H.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

*(Affaire Laporte)*

M. le Dr Laporte vient d'être condamné, comme on le sait déjà, par la 9e chambre correctionnelle, à **trois mois de prison** (*avec application de la loi Bérenger*).

Nous ne ferons pas à ce jugement extraordinaire et désormais célèbre, l'honneur de reproduire tous ses « attendus » au nombre de 41 ; nous nous contenterons de retenir le dernier, où le tribunal invoque son « indulgence » !...

Quelle attristante ironie, et cela lorsque la magistrature autrefois illustrée par les d'Aguesseau, les Ségur, les Lamoignon, les Montesquieu, expose dans l'un de ses « attendus », avec une sérieuse gravité, les règles opératoires de la craniotomie pour bien montrer sans doute sa compétence absolue dans les choses de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique; dans un moment où voulant châtier une « faute lourde » de la pratique obstétricale (qui n'est autre qu'un échec opératoire), elle voit les erreurs judiciaires étalées au grand jour dans les journaux! Je le répète : Qui jugera les erreurs de Thémis ?...

Les erreurs médico-chirurgicales, quand elles existent réellement, peuvent coûter parfois la vie; les erreurs judiciaires ravissent l'honneur, ce qui est pire...

Le ministère public a sollicité une condamnation afin, dit-il, « que les médecins ne se targuent plus de leur irresponsabilité devant la justice qui doit être égale pour tous ». Mais, c'est ce que nous réclamons, la justice égale pour tous et même pour la Justice. Nous la voulons, nous la demanderons sans cesse, mais avec des tribunaux *spéciaux et compétents.*

D'un autre côté puisque deux accoucheurs n'étaient pas du même avis, est-ce que la 9e chambre correctionnelle ne devait pas ordonner au moins une contre-expertise ? Nous restons confondus d'un pareil jugement qui n'atteint pas seulement le Dr Laporte, *mais le corps médical tout entier,*

Ces poursuites, cette prison préventive, ce jugement auront des conséquences incalculables, et comme l'a dit Me Robert, l'éloquent et généreux défenseur du sympathique et très estimable Dr Laporte, c'est maintenant la pratique du « laisser-mourir » qui va prévaloir dans les villes, comme dans les campagnes. Les praticiens n'oseront plus, ne voudront plus faire de ces opérations qui sauvent la vie de leurs malades, et que de morts ce jugement, unique dans les annales judiciaires, va causer !

Un exemple, et il ne s'est pas fait attendre :

Le soir même de la condamnation du Dr Laporte, j'étais appelé dans la banlieue de Paris pour un malade atteint d'un œdème aigu du poumon au cours d'une néphro-sclérose. Quand j'arrivai, il venait de succomber.

« Alors, vous l'avez saigné, dis-je à mon confrère ? Car, vous savez que souvent dans ces cas la saignée opère des miracles ! »

— « Non, je ne l'ai pas saigné, me répondit-il d'un air grave; je voulais le faire, mais songez donc ! Le malade était au plus mal, c'était un moribond, il pouvait succomber après l'émission sanguine. *Post hoc, ergo propter hoc*; et alors, c'était une autre affaire Laporte qui recommençait pour moi. Ce qu'il faut craindre maintenant, ce n'est pas la prison, c'est ce qui la précède ; ce sont les commérages, les dénonciations des journaux, votre nom traîné partout, l'avenir brisé, une fortune effondrée, des rêves d'avenir envolés, l'honneur suspecté, des études perdues, une vie honorable à tout jamais compromise... Alors, je me suis abstenu. »

Mon confrère avait dit. Je lui donnai la main tristement, et je partis...

Croyez-vous maintenant, chers confrères, croyez-vous que s'impose la constitution de ce *comité de défense médicale* dont je parlais ? Ne pensez-vous pas que notre premier devoir est de serrer nos rangs, et d'être mieux unis pour l'exercice de la plus belle, de la plus généreuse, de la plus noble des professions ? Plus tard, il faudra étudier et reconnaître les causes du discrédit dans lequel cette profession a été jetée par les fautes imputables à quelques-uns... Mais, aujourd'hui, c'est l'union, l'union encore, toujours l'union entre tous les membres du corps médical qu'il faut proclamer et faire. A la « *magna inter molles concordia* » de Juvénal, opposons la *magna inter fortes concordia.* — H. H.

Nota. — Lire à la page CCCLVI de la couverture la correspondance de M. Camescasse (de Saint-Arnoult).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

*Hospice de Bicêtre.* — M. le Dr Pierre Marie

## Sur un cas de typho-lombricose

J'ai eu récemment l'occasion d'observer dans mon service, à l'infirmerie de Bicêtre, un cas de lombricose qui, par les difficultés du diagnostic et l'intensité des symptômes, m'a paru présenter quelque intérêt : les faits de ce genre, encore trop peu connus, méritent d'appeler l'attention, car ils relèvent directement de la pratique journalière et il n'est pas un médecin qui ne puisse se trouver en présence de cas analogues.

Je donnerai tout d'abord l'observation du malade et la ferai suivre de quelques réflexions.

B..., sculpteur, âgé de 54 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ni personnels notables. Il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Le seul accident pathologique de son enfance aurait consisté en ce qu'il rendait assez souvent dans ses selles des ascarides lombricoïdes, du moins jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans: depuis cet âge, il n'en a plus rendu. En 1887 ou 1888 il a eu un ténia qui a été expulsé après l'ingestion d'une dose de fougère mâle et d'huile de ricin.

Avant d'entrer dans les détails de l'affection pour laquelle nous l'avons soigné à Bicêtre, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur la vie qu'a menée notre malade pendant l'année qui a précédé son entrée à l'hôpital.

En 1896, il avait reçu de l'Etat une mission artistique pour l'Annam et le Cambodge. Il s'embarqua à Marseille le 30 août 1896 pour Saïgon, il resta dans cette ville un mois environ, jouissant d'un confort très suffisant, puis partit pour le Cambodge où il resta trois mois, pendant tout ce temps il habita un endroit humide, couchant dans une paillotte, ne buvant que du thé. Il n'a pas souffert de la fièvre, mais fréquemment se trouvait indisposé, avait alors du ballonnement du ventre et une diarrhée qui d'ailleurs ne contenait pas de sang et était facilement arrêtée par le bismuth. Vers le cinquième mois de son voyage une de ces indispositions fut plus grave que les autres, il dut se mettre au lait et à la diète, la diarrhée et les vomissements cessèrent bientôt. A plusieurs reprises a eu des plaies aux pieds (ces plaies sont, paraît-il, fréquentes chez les Européens obligés comme l'était B... de marcher dans la vase des rizières).

Le 30 mars 1897 il s'embarque pour retourner en Europe, et arrive à Marseille le 1er mai après une bonne traversée. Il était alors en assez bonne santé, à part une bronchite assez intense contractée pendant le passage de la mer Rouge.

B... resta environ huit jours à Marseille puis se rendit de là dans le Dauphiné où il séjourna trois semaines. Dans les derniers jours de mai, il revint à Paris, à part les vestiges de sa bronchite il était dans un assez bon état de santé, les personnes qui le connaissaient lui faisaient même compliment sur sa mine.

Vers le 5 ou 6 juin il ressentait une sorte de lourdeur de tête sans céphalalgie véritable, ce phénomène alla en augmentant et s'accompagna d'un abattement très prononcé. B... restait sur son fauteuil ou dans son lit sans pouvoir rien faire (alors qu'à l'état de santé il est très actif). L'appétit avait considérablement diminué. La belle-mère du malade, qui vit avec lui, affirme qu'il avait le matin une forte fièvre et que dans l'après-midi il se sentait mieux. Bientôt, la faiblesse augmentant et s'accompagnant de sueurs profuses et visqueuses, B... fut obligé de garder complètement la chambre. — Il convient de noter que, d'après l'avis d'une personne auprès de qui il devait rendre compte de sa mission, B..., dès son retour à Paris, présentait un aspect hébété très prononcé, il semblait n'avoir que des notions très vagues sur un certain nombre de faits au sujet desquels il aurait dû au contraire pouvoir fournir des renseignements circonstanciés.

En présence de cet état, deux médecins furent successivement appelés, l'un pensant qu'il s'agissait d'une fièvre paludéenne prescrivit du sulfate de quinine, l'autre ordonna un purgatif, et le malade, à l'instigation de son entourage, se purgea pendant quatre jours consécutifs.

Le malade entra le 15 juin dans mon service, à Bicêtre; à ce moment il présentait un aspect typhoïde bien caractérisé : hébétude, ballonnement du ventre, éruption confluente de taches rosées sur l'abdomen et les régions inférieures du thorax, ainsi que dans la région lombaire, selles à consistance de purée laissant par imbibition sur le linge des traces légèrement rosées. La langue n'était pas sèche, mais large et légèrement saburrale.

Les urines, peu abondantes (un peu moins d'un litre), contenaient une assez grande quantité d'albumine; celle-ci se composait de sérine et d'albumoses (une partie du précipité formé par le réactif de Tanret se précipitait par la chaleur, tandis qu'une autre partie se dissolvait pour se précipiter de nouveau par le refroidissement). Quant à la rate, elle n'était pas sensiblement augmentée de volume; le foie semblait également un peu gros, surtout en tenant compte du ballonnement du ventre. Un peu de gargouillement dans la fosse iliaque, pas de douleur notable à la pression. La température, le soir de l'entrée, était de 39°,8; le lendemain matin, de 38°,3; le lendemain matin (16 juin), elle était de 39°,6; le soir, de 38°,2.

Le diagnostic porté fut celui de *fièvre typhoïde* Cependant, étant donné les renseignements que nous possédions sur le séjour du malade au Cambodge, nous lui administrâmes trois fois le sulfate de quinine à la dose de 0 gr 75 à quelques jours d'intervalle; ces deux doses furent sans action sur la température. Celle ci demeura invariablement à 39° ou 39°,2 le soir, à 38° ou 37°,8 le matin. En présence de cette continuité de l'état infectieux, malgré l'administration quotidienne de 3 grammes de salol, je cherchai à hâter la désinfection de l'intestin et prescrivis 0 gr. 50 de calomel en quatre prises; c'était le 6 juillet, trois semaines après l'entrée du malade à Bicêtre; le lendemain, dans les selles, on trouva un ascaride lombricoïde d'assez forte taille; la température du soir ne s'éleva qu'à 38°,8 au lieu de 39° et 39°,2 les jours précédents. Mais dès le surlendemain, 8 juillet, la température vespérale était de 39°,4, et, le 9 juillet, de 39°,6. Etant donné l'état des reins, je n'osai pas avoir de nouveau recours au calomel, mais prescrivis 0 gr. 03 de santonine (10 juillet); le lendemain (11 juillet), la température était, le matin, à 37°,8; le soir, à 38°,6. Nouvelle prescription de 0 gr. 03 de santonine le 12 juillet, la température vespérale est de 38°,8; le lendemain, 13 juillet, un second ascaride est expulsé dans les selles; la température remonte encore, le soir, à 39°,4; mais le lendemain, 14 juillet, elle est le matin de 38°,4, le soir de 38°,2. Le 15 juillet, nouvelle administration de 0 gr. 03 de santonine; la température du soir n'est plus que de 38°,2, celle du lendemain 16 juillet n'est plus, le matin, que de 37°,5; le soir,

Digitized by Google

de 37°,6; les 17 et 18 juillet, elle ne remonte qu'à 38°,4 et 38°,6. Le 19 juillet, administration de 0 gr. 05 de santonine; la température vespérale ne dépasse pas 38°, puis elle remonte progressivement, les jours suivants, à 38°,4, 38°,5 et 38°,6. Le 28 juillet, la température du soir s'élève brusquement à 39°,8; craignant une rechute, M. le Dr de Grandmaison, qui dirigeait le service en mon absence, donna un bain froid; le lendemain, le thermomètre marquait 38°,6; le lendemain, 37°,5; puis nouvelle ascension à 38°,5 les 1er, 2 et 3 août. Ayant repris le service à cette époque, en présence de cette persistance de la fièvre, je voulus essayer de nouveau l'action du sulfate de quinine : une dose de 0 gr. 60, administrée pendant deux jours, n'abaissa la température que de 3 dixièmes de degré, soit à 38°,2.

Je résolus alors de reprendre vigoureusement la médication anti-helminthique et donnai, les 5 et 6 août, 0 gr. 05 de santonine; le thermomètre s'abaissa, le 6 au soir, à 37. Le 8 août, un troisième ascaride, de dimensions au-dessus de la moyenne, fut expulsé dans les selles, mais la température était remontée le soir à 38°,5.

Chacun des jours suivants, je prescrivis un gramme de semen contra, et, à partir du 4 août, la température du soir cessa de dépasser 38° et resta comprise entre 37°,4 et 37°,8, la température du matin entre 36°,8 et 36°,9. Dès le 18 août, le malade recevait une alimentation carnée et commençait à se lever; le 25 août, il partait en convalescence à Vincennes. Jusqu'au 5 août, B..... était resté, sinon dans son état d'hébétude initiale, du moins dans un état d'affaissement psychique assez prononcé; à partir de cette époque, son activité mentale avait commencé à se ranimer et, au moment de son départ, elle était presque revenue à la normale.

L'interprétation de cette observation ne laisse pas de présenter quelques difficultés, S'agit-il là en effet, d'une fièvre typhoïde compliquée de lombricose (*typho-lombricose*), ou bien d'une lombricose ayant à elle seule présenté l'aspect de la dothiénentérie (*lombricose à forme typhoïde*)? Rien n'eut été plus aisé que de résoudre cette question par l'application du séro-diagnostic de Widal, et il n'a pas tenu à moi que cette lacune fût comblée, malheureusement mon interne, que j'avais chargé de se procurer des cultures, ne put, après plusieurs démarches infructueuses, y parvenir en temps opportun (1).

En l'absence de ce critérium nous devons nous borner à passer en revue les arguments qui plaident pour l'une ou l'autre hypothèse.

En faveur de la dothiénentérie je rappellerai que mon malade présenta une éruption de taches rosées très abondantes, dans les observations de lombricose jusqu'ici publiées il n'est pas à ma connaissance que pareil phénomène ait été signalé. De même l'albuminurie assez intense chez B... semble appartenir bien plutôt à la fièvre typhoïde qu'à la lombricose. Un autre argument indirect, il est vrai, est tiré de ce fait qu'au moment où ce malade séjourna à Marseille il existait une épidémie assez forte de fièvre typhoïde.

(1) Il serait à désirer que l'Administration de l'Assistance publique prît l'initiative de fonder un laboratoire central où les chefs de service pourraient sans retard et en toute sécurité se procurer ce qui est nécessaire pour cette sorte d'examens.

Enfin, second argument indirect, l'infirmier qui soignait B... depuis son entrée à l'infirmerie de Bicêtre (15 juin) fut atteint le 5 juillet de troubles gastro-intestinaux avec phénomènes infectieux nettement prononcés; le 10 juillet il dut s'aliter et fit une fièvre typhoïde typique; or, la dothiénentérie est une maladie extrêmement rare à Bicêtre et c'est le seul cas de cette affection que j'aie eu l'occasion d'y observer dans l'espace de deux années. Il semble donc assez vraisemblable qu'il s'agit là d'un cas intérieur contracté à l'occasion des soins donnés à B...

En faveur de l'hypothèse qui consisterait à considérer ce cas comme un exemple de lombricose à forme typhoïde, je dois signaler : que la température n'a pas présenté la marche qu'elle a d'ordinaire dans la dothiénentérie — que la langue n'avait pas l'aspect d'une langue de typhique vulgaire, que la rate n'était pas sensiblement tuméfiée, que le sulfate de quinine (même dans le troisième septenaire) n'exerçait aucune influence sur la courbe thermique.

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que le diagnostic est loin d'être absolument fixé et laisse prise à la discussion; si j'ai adopté le titre de typho-lombricose ce n'est que sous bénéfice d'inventaire.

Mais que la dothiénentérie ait été ou non en jeu, il n'en est pas moins certain que la lombricose a joué ici un rôle tout à fait remarquable et c'est surtout sur celui-ci que j'ai eu l'intention d'insister en publiant cette observation.

Certes nous avons tous, au début de nos études médicales, été bercés avec les histoires des anciens auteurs qui mettaient sur le compte des vers intestinaux mille méfaits, mais, par suite même de leur exagération manifeste, combien d'entre nous étaient enclins à les traiter d'histoires de revenants! J'avoue avoir été de ceux-là. L'étude de ce cas de lombricose et des cas analogues est bien faite pour modifier radicalement cette manière de voir.

Récemment Chauffard (1) publiait une importante observation dans laquelle il mettait en relief les caractères cliniques si curieux de la lombricose à forme typhoïde. Plus récemment encore Tauchon (2), dans sa thèse, rassemblait, outre l'observation de Chauffard, trois autres cas, dont un personnel, de lombricose à forme typhoïde, et s'en servait pour esquisser une monographie de cette forme d'helminthiase.

Il est certain qu'il s'agit là d'une affection présentant un aspect à la fois assez singulier et assez typique pour mériter une étude attentive, notre diagnostic ne pourra qu'y gagner, et aussi notre thérapeutique.

N'est-ce pas, en effet, une curieuse chose que de voir la présence de quelques lombrics dans les voies gastro-

(1) Chauffard. — Lombricose à forme typhoïde (*Sem. méd.*, 27 nov. 1895.

(2) Tauchon. — Lombricose à forme typhoïde. — *Thèse de Paris*, 1896-97, n° 617.

Digitized by Google

ntestinales donner naissance à une maladie dont les symptômes, par leur développement et leur groupement, donnent l'impression d'une affection vraiment grave.

Rappelons brièvement en quoi consistent d'ordinaire ces symptômes :

Dès le début, les phénomènes gastro-intestinaux prédominent : inappétence, haleine fétide, langue saburrale, vomissements, diarrhée variable, ballonnement très marqué du ventre avec sensation de gonflement ; — à ces phénomènes se joignent des troubles nerveux assez accentués consistant en somnolence, abattement, pouvant aller plus tard jusqu'à l'hébétude ; parfois vertiges ou même convulsions, aspect misérable du visage. La céphalalgie, sans être très violente, se montre en général d'une façon assez nette. La fièvre est assez vive, sans cependant dépasser 40°, car ordinairement la température vespérale est comprise entre 39° et 39,5 ; la température du matin est moins élevée et est comprise entre 38° et 39°. On ne constate pas d'ailleurs dans la marche de la température les stades typiques que présente celle-ci dans la dothiénentérie (oscillations ascendantes, stationnaires, descendantes). La rate est peu ou pas augmentée de volume. Parfois, mais non pas aussi souvent que dans la fièvre typhoïde, il peut y avoir des épistaxis. Quant aux taches rosées, elles semblent faire défaut, du moins dans les observations actuellement connues.

Pour ce qui est du pronostic de la maladie, les cas les plus récemment publiés s'étant tous terminés par la guérison, il semblerait que l'affection doive être considérée comme bénigne. En réalité, il n'en est pas ainsi ; si, dans les cas dont nous venons de parler, la terminaison a été aussi favorable, c'est que le diagnostic exact a été posé en temps opportun et que le traitement convenable a été appliqué. Mais si le diagnostic est méconnu, la terminaison peut être fatale, soit comme conséquence directe de la lombricose elle-même, soit à l'occasion d'une maladie intercurrente de l'appareil respiratoire ou de l'appareil gastro-intestinal.

Lorsqu'au contraire la nature de la maladie a été reconnue, on est vraiment surpris des effets du traitement antihelminthique, et, à cet égard, il me suffira de rappeler comment les choses se sont passées chez le malade qui fait l'objet de cette note. L'état fébrile continu durait chez lui depuis au moins un mois, le sulfate de quinine restait sans effet sur la température, ainsi que le salol quotidiennement prescrit au point de vue de l'antisepsie intestinale ; cherchant à réaliser plus complètement celle-ci, j'administrai du calomel 0,50, le lendemain 7 juillet le malade rendait un ascaride lombricoïde. A deux reprises différentes et à un jour d'intervalle je donnai trois centigrammes de santonine (vu l'état de faiblesse du malade et la présence de l'albuminurie je n'osai pas employer une plus forte dose), un second ascaride fut rendu. D'autres doses de santonine ne produisirent pas d'évacuation nouvelle du parasite, mais nous révélèrent une action singulière sur la courbe thermique ; après l'ingestion de santonine, la température du soir ou du lendemain s'abaissait d'au moins 4 à 5 dixièmes de degré. Cette action était d'autant plus manifeste que, comme je l'ai dit plus haut celle du sulfate de quinine se montrait à peu près nulle. Il y avait là une indication formelle, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique, l'influence de la lombricose sur la continuation de l'état fébrile se trouvant ainsi nettement démontrée. Un fait asssez singulier consiste en ce que cette action antithermique de la santonine se soit produite même lorsque l'ingestion de ce médicament n'était pas suivie du rejet d'un ascaride (il n'en a été rendu que trois en tout), de telle sorte que l'abaissement de la température semblait être dû à un effet direct du médicament sur l'organisme. Il est d'ailleurs bien probable que ce n'est là qu'une apparence, mais nos connaissances sur le mécanisme de production des différents symptômes dans la lombricose sont encore trop rudimentaires pour qu'on puisse rien conclure à ce sujet On sait en effet que trois théories sont ici en présence : l'une est soutenue par les anciens auteurs; d'après elle, les ascarides agiraient surtout mécaniquement, et par leur agitation dans certaines portions du tube intestinal détermineraient une série de réflexes pathologiques. Une seconde théorie est défendue par A. Chauffard, elle consiste à regarder la lombricose comme une véritable infection dans laquelle le lombric d'une part emprunte au milieu intestinal les germes pathogènes qui s'y trouvent, et par l'irritation qu'il détermine sur la muqueuse excite leur virulence, d'autre part intervient d'une façon active soit par ses excreta, soit par sa présence seule. Une troisième théorie enfin est soutenue par Chansou et par Tauchon, elle ne tend à rien moins qu'à admettre la virulence propre des ascarides, virulence qui pourrait être démontrée expérimentalement en injectant à des cobayes du « suc ascaridien » produit par l'écrasement de ces helminthes. (Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces expériences que l'on trouvera relatées dans la thèse de Tauchon.)

De ces trois théories, les deux dernières seules nous semblent être en concordance avec les phénomènes observés par nous. On ne peut guère admettre, en effet, que ce soit la présence de *trois* ascarides qui ait pu, par une action purement mécanique, déterminer la série des symptômes permanents que nous avons notés. Il est donc nécessaire que les ascarides aient agi par un autre procédé plus spécifique, mais quant à dire si c'est par infection ou par intoxication, je ne saurais le faire, en tous cas, l'abaissement thermique produit par la santonine semble indiquer que ce médicament en déterminant soit la mort, soit un état de malaise des ascarides amenait en même temps une diminution marquée de leur action nocive.

Digitized by Google

# RHINOLOGIE

## De la mesure de la respiration nasale au moyen du rhinomètre

Par le Dr Mendel
*Ancien interne des Hôpitaux*

L'importance considérable de la respiration nasale est une notion toute récente : nous croyons avoir contribué à l'établir dans un livre (1), dont les lecteurs de ce journal ont pu lire un extrait il y a peu de temps. Nous désirons aujourd'hui appeler leur attention sur le diagnostic de l'insuffisance nasale et sur les services que peut rendre à ce propos notre rhinomètre, grâce auquel on peut déterminer — avec autant de précision qu'en comporte le sujet — le degré de la respiration nasale.

On sait en quoi consiste l'examen rhinoscopique, tel qu'il se pratique actuellement. Au moyen du spéculum de Duplay, le médecin dilate les narines, et, muni d'une lumière assez puissante, il peut examiner l'intérieur des cavités nasales. Si cette inspection peut permettre de voir des tumeurs intra-nasales, des hypertrophies nettes de la pituitaire, on comprend qu'elle ne donne qu'une notion très indécise de la perméabilité des fosses nasales : ce n'est qu'un examen par à peu près, et, si la plupart des sujets n'ont qu'une idée très vague du degré de leur respiration nasale, on peut dire que beaucoup d'entre eux, bien qu'ayant été examinés par des rhinologistes, continuent à souffrir d'une insuffisance nasale non dépistée.

Ces faits tiennent d'abord aux imperfections et à l'à peu près de l'examen rhinoscopique : il tient encore à une cause importante et dont on ne connaît pas assez la valeur; c'est la différence considérable qui existe entre la respiration nasale pendant le jour et pendant la nuit. D'abord, la respiration, comme les autres fonctions, est profondément modifiée pendant le sommeil : en effet, pendant cette période, les mouvements respiratoires diminuent de nombre ; ils deviennent bien plus uniformes, car la volonté n'est plus là pour les amplifier suivant les besoins du sujet. De plus, le décubitus modifie notablement les conditions de la circulation céphalique ; le sang circule moins activement dans la tête horizontale que dans la tête verticale et si l'on se rappelle que les cornets de la pituitaire — notamment les inférieurs — contiennent de véritables corps érectiles, on pourra s'expliquer pourquoi de nombreux sujets sentent rapidement en se couchant leur nez se boucher et leur respiration nasale se restreindre. Bien plus, un de ces sujets est-il couché sur le côté gauche, il sentira la fosse nasale gauche s'obstruer et la droite se libérer et inversement, s'il change de côté. Enfin, point important, dans le décubitus, une grande portion de la cage thoracique reposant sur le lit est immobilisée, autre cause tendant à limiter l'ampleur des inspirations.

(1) *Physiologie et pathologie de la respiration nasale.*

Ces conditions diverses n'empêchent pas les sujets au nez normal d'avoir une respiration suffisante pendant le sommeil, car chez ces sujets, le léger gonflement de la pituitaire, s'il existe, ne rétrécit que fort peu le conduit nasal : et la diminution générale des échanges respiratoires est chose normale pendant le sommeil.

Il n'en est pas de même pour les très nombreux patients dont le nez est rétréci soit par une rhinite hypertrophique — même légère à l'état de veille — soit par des tumeurs grosses ou petites, obstruant le conduit nasal par elles-mêmes ou par la congestion qu'elles déterminent autour d'elles. Alors chez ces malades, si l'insuffisance nasale diurne peut être compensée — comme je l'ai établi au moyen de tracés pneumographiques — par l'augmentation du nombre des mouvements thoraciques et par l'intervention d'efforts inspiratoires ; on comprend que pendant le sommeil, toute compensation étant impossible, la déperdition d'oxygène, due à l'insuffisance nasale, s'accuse et amène des troubles pouvant aller du cauchemar à l'attaque d'asthme. Si j'ai insisté sur ces faits, c'est pour montrer quelles causes d'erreur comporte l'examen rhinologique, alors qu'il se fait avec si peu de précision.

C'est pour obvier à cet inconvénient et asseoir sur des bases exactes le diagnostic de l'insuffisance nasale que nous avons imaginé le rhinomètre. Cet instrument se compose essentiellement d'un récipient de capacité connue, muni d'un manomètre. Dans le récipient débouchent trois tubes de caoutchouc : les deux tubes latéraux sont munis d'embouts narinaires ; le tube médian porte un embout buccal.

L'examen rhinométrique consiste à faire inspirer le sujet dans le récipient au moyen des tubes : l'inspiration nasale a lieu au moyen des deux tubes latéraux introduits dans les deux narines ; l'inspiration buccale au moyen du tube médian.

On conçoit qu'après une inspiration le manomètre indique une pression inférieure dans le récipient. Or, il est facile de déterminer avec ces éléments quel volume d'air a été extrait du récipient au moyen de l'inspiration. Si nous faisons faire au sujet une inspiration nasale, le degré manométrique lu après l'expérience nous indiquera quel volume d'air a laissé passer l'orifice nasal, autrement dit la valeur de cet orifice, que nous désignons par N. La même épreuve buccale nous donne la valeur de l'orifice buccal, désignée par B.

Le rapport $\frac{N}{B}$ nous donne la valeur nasale. Nous prenons la valeur buccale pour unité, car elle est constante chez tous les sujets : au point de vue anatomique la forme de la bouche est la même chez tous : il n'en est pas de même de la conformation intérieure des fosses nasales qui est rarement normale.

Mais pour que des inspirations successives soient comparables entre elles, il faut :

Digitized by Google

*a*) Qu'elles soient effectuées avec le même effort;

*b*) Qu'elles soient de durée égale.

La première condition est remplie en faisant inspirer le sujet avec la force maximum à chaque épreuve ; ainsi, les efforts thoraciques seront sensiblement égaux. Pour obtenir l'égalité de durée des inspirations, j'emploie un appareil d'horlogerie actionnant des électro-aimants qui viennent écraser les tubes de caoutchouc à la fin du temps donné. Enfin, le patient est averti, par une sonnerie spéciale, qui retentit un temps très court avant l'ouverture des tubes, d'avoir à effectuer son inspiration.

Un grand nombre d'expériences m'ont montré combien tous les sujets ignorent le degré de leur respiration nasale, lorsque leur nez n'est pas complètement obstrué. En effet, tel qui s'annonce comme possédant une respiration parfaite ne possède, en réalité, qu'une respiration nasale inférieure à la normale et dort la bouche ouverte.

La valeur nasale normale semble être 1,25 (c'est-à-dire que, l'orifice buccal valant 1, l'orifice nasal vaut 1,25). J'ai cependant trouvé des valeurs supérieures, mais chez des sujets anormaux, chez des ozéneux, porteurs de rhinite atrophique. Les fosses nasales de ces malades sont tapissées d'une pituitaire atrophiée à tel point que la perméabilité nasale est très augmentée. En effet, chez deux ozéneux, j'ai trouvé les valeurs 1,30 et 1,33; mais ces deux malades se plaignaient d'inspirer trop d'air par le nez à chaque inspiration : cette irruption leur était désagréable et même pénible en hiver.

Je terminerai cet article par quatre observations rhinologiques avec examen rhinométrique, de manière à montrer en clinique l'utilité de cet examen.

Tous les sujets dont nous rapportons l'observation ont des poumons sains.

Obs. I. — H..., âgé de 31 ans, a toujours mal respiré par le nez. Il se souvient qu'étant enfant, comme il paraissait être gêné dans son sommeil et qu'il était sujet aux maux de gorge, on lui enleva les deux amygdales qu'il avait très hypertrophiées. Ce malade a toujours eu une attitude un peu voûtée.

D'après ces anamnestiques, il est probable que ce sujet a été porteur de tumeurs adénoïdes : actuellement, la rhinoscopie postérieure fait apercevoir une végétation minime, située au milieu et à la partie supérieure du rhino-pharynx; grâce à cette situation, ce petit néoplasme semble n'apporter aucune gêne à la respiration nasale.

Le malade se plaint actuellement d'une mauvaise respiration qui le gêne surtout pendant la nuit : il dort la bouche ouverte; après une longue nuit de sommeil, il se réveille dans un état de malaise, qu'il explique par le besoin d'air.

Aussitôt qu'il est couché, ce sujet sent que la respiration diminue d'ampleur : en général, dans le decubitus dorsal, les deux fosses nasales sont un peu perméables; mais, lorsque le sujet se couche sur un côté, il remarque nettement que la fosse nasale correspondante s'obstrue, tandis que l'autre est perméable. Ces modifications peuvent presque être reproduites à volonté; mais lorsque le decubitus latéral a été maintenu, pendant longtemps, la narine obstruée met un certain temps à se désobstruer par le changement de côté.

Au réveil, la bouche est sèche; le malade est atteint depuis longtemps d'une pharyngite chronique : il crache le matin des mucosités assez épaisses, qu'il fait descendre du nez par reniflement.

Pendant le jour, tous les exercices qui exigent une respiration ample sont effectués avec difficulté. C'est ainsi que la course, l'escrime, les exercices violents ne peuvent être prolongés. Les repas sont lents. La lecture à haute voix, le chant sont un peu pénibles.

Les fatigues physiques ou intellectuelles exagèrent la difficulté respiratoire, probablement en diminuant la force thoracique.

Pas d'hypersécrétion nasale.

*Examen rhinoscopique.* On constate à première vue que les fosses nasales sont étroites, cette étroitesse est visiblement due au squelette, car les cornets, quoique hypertrophiés, sont peu volumineux.

*Fosse nasale gauche.* C'est la plus spacieuse des deux : les différentes parties osseuses ont des dimensions normales. Cependant cette fosse nasale n'a pas le calibre normal, parce qu'en dehors de son étroitesse congénitale, elle présente un cornet inférieur gonflé.

*Fosse nasale droite.* La plus étroite. Ce défaut est dû à une surélévation du plancher, à la conformation générale du squelette et un peu au gonflement du cornet inférieur.

Toutes ces particularités sont traduites fidèlement par l'épreuve rhinométrique.

Capacité du rhinomètre..... 30 litres.

Liquide contenu dans le manomètre — acide sulfurique de densité 1,7.

Temps de l'inspiration — une demi-seconde.

| | |
|---|---|
| L'inspiration buccale produit un vide de | 22cm5 |
| — nasale..... | 20cm |
| — par la narine droite..... | 12cm |
| — — gauche..... | 15cm |

De ces chiffres, nous voyons que le rapport :

$\frac{N}{B}$ représentant la valeur de l'orifice nasal, est de 0,88, chiffre très inférieur à la normale et qui doit être encore notablement abaissé pendant la nuit.

Le badigeonnage de la pituitaire au moyen d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e (badigeonnage auquel on a attribué la propriété de faire les prétendus réflexes nasaux) modifie considérablement les résultats de l'épreuve rhinométrique en rétractant la pituitaire. Voici cette épreuve post-cocaïnique :

| | |
|---|---|
| Inspiration buccale..... | 22cm5 |
| — nasale..... | 25cm |
| Narine droite..... | 14cm |
| — gauche.... ..... | 22cm |

Le rapport $\frac{N}{B}$ devient 1,11.

Nous avons constaté par cet examen combien est énergique l'influence de la cocaïne ; quelques chiffres la rendront plus sensible. Par une inspiration nasale d'une durée d'une demi-seconde, le sujet a pris — avant le badigeonnage de cocaïne — un volume d'air de 1143 cmc ; or, après ce badigeonnage, par une inspiration de même durée et de même effort, ce sujet a pris un volume d'air de 1440 cmc. Donc, par le fait de ce badigeonnage, une même inspi-

Digitized by Google

ration procure au sujet 297 cmc de plus. Or, 297 cmc d'air contiennent 62 cmc d'oxygène.

On voit, à l'exposé de ces seuls faits, par quelle action la cocaïne peut mettre fin à quelques-uns des troubles produits par l'insuffisance du nez ; elle augmente considérablement la perméabilité nasale : dans le cas précédent, elle l'a augmentée de près de 26 0/0.

Ce malade n'a pas accepté l'opération proposée, et qui consistait en cautérisation des cornets et en résection d'une partie de la cloison.

Obs. II. — Ch..., âgé de 16 ans et demi, n'a jamais bien respiré par le nez. Le toucher rhino-pharyngien fait nettement constater la présence de volumineuses végétations adénoïdes. Ce malade a l'oreille dure : à droite, enfoncement du tympan ; à gauche, otite moyenne purulente, datant de plusieurs années.

La valeur nasale, constatée par l'examen rhinométrique, est de 0,52.

La déchéance de l'organisme est attestée par la numération des hématies, qui sont au nombre de 3.425.000 par millimètre cube (numération faite par M. Hérisson).

L'ablation des végétations adénoïdes a lieu le 3 avril. Le malade, examiné de nouveau le 30 avril, a, comme valeur nasale : 0.73.

Les hématies sont au nombre de 3.627.000 par millimètre cube.

Cette valeur nasale est encore bien éloignée de la normale. Elle tient à ce fait que le malade a conservé ses végétations jusqu'à l'âge de 16 ans et demi et que le squelette du nez s'est mal développé. On constate, en effet, qu'il est étroit : les cavités des fosses nasales sont rétrécies et présentent des cornets inférieurs assez volumineux. Il y a lieu d'espérer que la cautérisation des cornets pourra augmenter encore cette valeur nasale.

Obs. III. — V..., âgé de 14 ans, nous est amené parce que sa respiration nasale est défectueuse.

Le nez est mince, les fosses nasales étroites, les cornets inférieurs gonflés. De plus, au toucher rhino-pharyngien, le doigt constate l'existence de végétations adénoïdes assez nettes, mais peu abondantes et peu volumineuses. Valeur nasale : 0.78.

Les hématies sont au nombre de 3.255.000 par millimètre cube.

Nous proposons l'ablation des végétations adénoïdes comme premier acte opératoire. Cette opération a lieu le 6 avril.

Examen rhinométrique le 30 avril : 0,86.

Les hématies ont notablement augmenté : elles sont au nombre de 4.185.000 par millimètre cube.

Après cautérisation des cornets, nous trouvons comme valeur nasale, le 8 mai : 0,93.

Obs. IV. — C..., âgé de 32 ans, est atteint d'eczéma de la moustache depuis un an : il se plaint d'hypersécrétion nasale, cause probable de cette dermatose. On constate, par l'examen rhinologique, que la fosse nasale droite est en partie obstruée par un éperon de la partie antérieure de la cloison. Cette lésion détermine un catarrhe de la fosse nasale, dont la muqueuse est tuméfiée et rouge.

Examen rhinométrique : 0,90.

La fosse nasale droite (rétrécie) est à la fosse nasale gauche comme 3 est à 4.

Nous réséquons l'éperon de la cloison.

Examen rhinométrique huit jours après l'opération : valeur nasale : 1,04.

La fosse nasale droite est à sa congénère comme 3,5 est à 4.

# MÉDECINE COMPARÉE

## Prophylaxie de la rage chez l'homme. Diagnostic de la rage chez le chien et chez le chat. Conseils pratiques (1)

Par M. E. Thierry, *vétérinaire*
*Directeur de l'Ecole d'agriculture de Beaune* (Côte-d'Or)

« La crainte du chien est le commencement de la sagesse ». — H. Bouley.

IV. Anotomie pathologique. — Question médico-légale. — Conclusions. — A l'autopsie d'un chien enragé, rencontre-t-on des lésions macroscopiques ou microscopiques permettant de reconnaître, d'une manière indubitable, l'existence de la rage chez l'animal dont on étudie le cadavre ?

En réalité, aucune lésion n'est assez significative pour permettre au vétérinaire de se prononcer sur l'existence ou la non-existence de la rage pendant la vie du sujet mort ou abattu. Ordinairement, c'est après l'abatage d'un chien ou d'un chat ayant mordu des personnes ou des animaux que l'on est consulté pour constater si le cadavre présente des lésions caractéristiques de la rage.

Eh bien ! on peut dire que, non seulement à l'œil nu, mais encore à l'état actuel de nos connaissances, à l'examen microscopique du système nerveux ou des autres appareils, on ne trouve rien, absolument rien de précis. Il importerait cependant de pouvoir se prononcer.

Quand on aura trouvé des lésions de l'asphyxie, une muqueuse buccale et pharyngienne congestionnée, bleuâtre, avec la langue couverte de bave et de poussière ; quand on aura trouvé les prétendues pustules ou lignes de la base de la langue — pustules que je n'ai jamais pu apercevoir sur des cadavres d'animaux sûrement enragés ; — quand on aura trouvé, dans l'estomac, des matières non alimentaires, des poils, de la paille, du bois, des chiffons, des cailloux, de la terre, etc. ; que la muqueuse de cet organe sera vivement enflammée et en partie couverte par un liquide visqueux, jaunâtre ou brunâtre comme du marc de café ; quand on constatera de l'hyperhémie du foie, de la rate, des reins, de la vessie, voire de la congestion pulmonaire ; quand on aura remarqué des traces hémorragiques dans le cerveau, dans le bulbe et dans la maille, sera-t-on autorisé à dire que le cadavre est celui d'un chien enragé ?

Evidemment non.

Et d'ailleurs, toutes ces lésions ne sont pas constantes et encore moins univoques ;

Pour se prononcer il faut l'inoculation du bulbe de l'animal abattu ou mort sur le cerveau, dans l'œil ou dans les veines d'un autre individu, Mais malheureusement, cette inoculation critère ne donne des résultats certains qu'au bout d'un assez long temps de trois semaines à deux mois.

(1) Suite et fin. Voir le n° 44. page 692.

Digitized by Google

Mais alors que faire ?

Faut-il agir sur les personnes mordues avant d'avoir une certitude ? Ou faut-il attendre le résultat des recherches expérimentales ?

Ces questions, d'une très grande importance, demandent une prompte solution dans l'intérêt de l'hygiène publique, ainsi que le démontrent deux faits assez récents dont l'un est emprunté à divers journaux médicaux et vétérinaires et dont l'autre m'est personnel.

Le 12 juin 1895, à Notre-Dame-de-Boudeville, une petite fille, Juliette Grout, jouait tranquillement devant la maison paternelle, quand un chien, venant à passer, se jeta sur elle et la mordit à la lèvre. Le chien abattu fut porté chez M. V., vétérinaire à Rouen, qui fit l'autopsie. Le jour même M. V. répondait au maire que l'animal, d'après les lésions rencontrées sur le cadavre soumis à son examen, ne lui semblait pas avoir été atteint de la rage. Les parents rassurés renoncèrent à envoyer l'enfant à l'Institut Pasteur. La plaie se cicatrisa et tout alla bien jusqu'au 21 juillet. Mais, à cette date, l'enfant fut prise de symptômes rabiques et, trois jours après, elle mourait.

Les parents firent peser la responsabilité de ce tragique événement sur le vétérinaire. C'était le bulletin rassurant, résultant, disaient-ils, d'un examen trop superficiel, qui les avait déterminés à ne pas soigner leur fille. L'enfant était bien morte enragée des suites de la morsure du chien lui-même enragé. Ils intentèrent donc au vétérinaire une action en 10,000 francs de dommages-intérêts.

Le tribunal de 1re instance renvoya M. V. sans dépens, déclarant qu'il n'avait pas commis de *faute lourde*.

La Cour de Rouen a, à la fin de mars dernier, confirmé le jugement des premiers juges Elle déclare, à son tour, que M. V. n'a commis aucune faute lourde d'où résulterait l'obligation de le condamner à des dommages-intérêts.

La Cour dit que le vétérinaire a pu, en vingt minutes, autopsier l'animal suspect, examiner l'estomac et même le cerveau avec tout le soin désirable. Sans doute, dans sa lettre au maire de la commune du domicile de l'enfant, il n'a parlé que de l'estomac ; mais c'était une simple lettre et non un document officiel. Le prévenu a pu, avec raison, arguer des deux périodes, si différentes d'intensité, de la rage ; il s'était trouvé dans un cas de début où sa maladie, quoique contagieuse déjà, ne s'était pas encore manifestée avec violence ; le vétérinaire n'était donc point en faute de n'avoir pas constaté un état pathologique qui ne se révélait pas à lui normalement.

Ce n'était pas le vétérinaire que la famille de la pauvre petite Grout devait assigner en responsabilité, mais bien le propriétaire du chien, par application de l'article 1,385 du Code civil. Sans doute ce dernier a paru moins solvable que le vétérinaire, d'où le procès dont, tout en le gagnant, il a été victime pour le prix de 5 francs généralement payé pour une autopsie.

Le 29 août 1895, on m'apporte à La Brosse (Yonne), le cadavre d'un chien bichon qui venait d'être abattu, à l'intérieur même de la maison de son propriétaire, en plein accès frénétique et épileptiforme, Ce chien avait très légèrement mordu au pouce de la main droite un charmant petit garçon de 7 ans. Je fais l'autopsie avec le plus grand soin et je ne constate rien, absolument rien d'anormal dans les viscères thoraciques et abdominaux. Il n'y avait pas trace d'hyperhémie sur aucun organe, et l'estomac contenait encore une notable quantité de la soupe mangé le matin même.

Je n'ai pas voulu examiner l'encéphale, préférant, pour plus de sûreté, envoyer la tête avec le cou à l'Institut Pasteur.

J'avoue que je ne croyais pas à la rage ; cas l'animal était jeune, bien choyé, ne sortait qu'avec ses maîtres et pouvait avoir quelque accident nerveux symptomatique de la *maladie* des jeunes chiens.

Néanmoins, j'ai conseillé la cautérisation actuelle et immédiate de la petite plaie du pouce. Le docteur Lahaye consulté n'a pas jugé l'opération nécessaire.

L'Institut Pasteur m'avait répondu que je ne pourrais obtenir de renseignement qu'après trois semaines ou un mois. La famille et moi nous attendions cette réponse non sans impatience, Au bout d'un mois, demande de nouvelles à l'Institut Pasteur qui me répond que les animaux inoculés avec le bulbe du chien n'ont encore rien manifesté et que vraisemblablement ce chien n'était pas enragé. La quiétude devenait plus grande dans la famille, quand le 30 octobre suivant elle est avisée que les cobayes inoculés avaient succombé le 29 à la rage.

Aussitôt le petit garçon, mordu le 29 août précédent, est conduit à l'Institut Pasteur, soumis aux vaccinations qu'il a subis avec crânerie. Aujourd'hui il se porte parfaitement.

Qu'aurait-il fallu faire ?

J'ai soumis le cas à la *Société médicale de l'Yonne* (7 novembre 1895) en exprimant le vœu que, autant que possible, on évite d'abattre un chien suspect de rage avant qu'il n'ait été soumis à l'examen et à l'observation d'un vétérinaire. Je disais à cette occasion : Rien n'est plus facile en général de diagnostiquer la rage sur l'animal vivant, tandis qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de la reconnaître *hic et nunc post mortem*.

Sans doute, il est parfois dangereux de prendre un chien enragé, de le séquestrer en l'absence de son maître. Mais, dans le cas de mon observation, il eût été facile aux gens de la maison, avec un peu de sang-froid, une fois l'accès frénétique passé, d'enfermer l'animal en lieu sûr et on eût évité à la famille du petit garçon les transes par lesquelles elle est passée pendant deux longs mois.

Il importe avant tout de poser un diagnostic certain, positif ou négatif, une vie, des vies d'hommes dépendant de ce diagnostic.

Aussi bien, après chaque accès, un chien enragé est fatigué, épuisé, il éprouve un besoin intense de repos et, à ce moment, sans trop d'imprudence il peut être abordé. C'est alors qu'il est possible de lui jeter une corde assez longue, portant dans son milieu un nœud coulant dit *vert-bouquet*. Deux hommes tiennent respectivement chacune des extrémités. Le nœud assez ample peut facilement passer jusqu'à la nuque sur laquelle on la fixe en tirant sur les deux chefs. On n'a pas à craindre la strangulation presque impossible à déterminer chez le chien. Chacun des hommes protège l'autre en maintenant fortement son « bout ».

Digitized by Google

Et puis, il y a encore un moyen simple, pratique et qui ne coûterait à chaque commune de France qu'une somme insignifiante. Ce moyen consiste en la dépense, une fois faite pour toujours, d'acquisition d'une pince en fer à très longues branches dont les mors forment collier. Cette pince se trouve dans les chenils des Ecoles vétérinaires. Dans le cas où le passage d'un chien enragé viendrait à être signalé dans une commune, le garde champêtre, gardien de la pince, ou tout autre citoyen, armé de l'instrument, peut marcher bravement au-devant de l'animal qu'il saisit par le col ou par toute autre région du corps à sa portée. Si la tentative échoue et si le courageux citoyen est en danger, il a la ressource facile de tuer ou au moins d'assommer la bête avec cette pince qui est ainsi transformée en armée défensive. L'animal pris est séquestré et mis en observation jusqu'à la visite de l'homme compétent. Il ne faut jamais avoir une peur exagérée du chien enragé. Il faut se mettre en garde contre lui, mais surtout il ne faut pas se sauver.

Il suffirait d'un article additionnel au règlement d'administration publique du 22 juin 1882 sur la loi de police sanitaire des animaux, pour rendre la dépense d'une pince obligatoire. Peut-être y aurait-il encore là un moyen de sauver bien des existences humaines et même aussi de ne pas condamner à une mort, parfois horrible, de pauvres chiens souffrants, égarés ou perdus.

Enfin, et ce sera ma conclusion, je pense de la façon la plus formelle que, toutes les fois qu'un vétérinaire a fait l'autopsie d'un chien ou d'un chat suspects de rage, et qu'il n'a pu examiner l'animal avant sa mort, s'il y a doute dans son esprit, si l'animal a mordu des personnes ou des animaux, il doit conclure à l'existence de la maladie.

J'insiste sur cette conclusion parce que, sans aucun danger, les personnes mordues peuvent être cautérisées et soumises aux vaccinations antirabiques : parce que, aussi, il est toujours facile de mettre des animaux mordus en observation et dans l'impossibilité de nuire jusqu'au moment où une inoculation expérimentale aura montré le bien ou mal fondé des précautions prises.

En matière de rage, un excès de prudence est toujours à recommander.

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## MÉDECINE INFANTILE

**Symptômes de la tuberculose rénale chez l'enfant.** — Le diagnostic de la tuberculose rénale est difficile surtout au début, tantôt la maladie reste longtemps latente et se dévoile par une évacuation abondante de pus dans l'urine. Tantôt elle détermine d'emblée des troubles urinaires (hématurie, incontinence, polyurie), qui n'ont rien de caractéristique en eux-mêmes et dont il faut être prévenu de l'existence possible pour chercher leur origine de ce côté. Pour Hallé (*Traité des maladies de l'enfance*, tome 3) le signe le plus important est l'examen méthodique des urines qui permet d'établir de très bonne heure le diagnostic. Dans une observation de M. le Pr Guyon et Noël Hallé ont pu affirmer la tuberculose par la présence du bacille de Koch dans l'urine chez un enfant d'apparence robuste, sans antécédents héréditaires ni personnels de tuberculose et qui présentait seulement depuis huit jours des mictions un peu fréquentes et douloureuses.

La pyurie est constante à la phase ulcéreuse de la maladie ; ce pus présente des caractères spéciaux surtout au début. Le dépôt urinaire est pulvérulent, ni lié, ni floconneux. Versé dans un large cristallissoir à fond plat, il montre au milieu des globules de pus, de petites masses blanc jaunâtre de forme variable, véritables débris caséeux.

Les douleurs en urinant, les mictions fréquentes et impérieuses apparaissent plus tard et peuvent atteindre une grande intensité. Les douleurs lombaires indiquent souvent la rétention purulente et dans ces cas, on peut assister à de véritables vomiques urinaires, et à des crises aiguës douloureuses simulant la colique néphrétique.

L'exploration du rein est assez facile chez l'enfant ; elle éveille souvent des douleurs dans le rein malade et permet d'apprécier son volume qui peut atteindre la taille d'un rein d'adulte et même davantage. — Dr Carron de la Carrière.

## CLINIQUE MÉDICALE

**Cirrhose hépatique et plâtrage des vins ou alcoolisme.** — A l'une des dernières séances de l'Académie, mon collègue et ami Laborde a bien voulu invoquer mon témoignage et exprimer le vœu de me le voir, « dans l'intérêt de la question, apporter moi-même à la tribune ». Après mûre réflexion, j'ai pensé qu'il fallait attendre, et après avoir demandé sur ce sujet des renseignements à cinq de mes confrères de l'Yonne (MM. Duché père et fils, Roché, Houdé et Tacussel) qui exercent la médecine depuis longtemps — M. E. Duché depuis 58 ans ! — j'ai renoncé à la parole, *attendant de tous mes confrères qui exercent dans les pays vinicoles*, les réponses aux questions suivantes :

(1) Prière d'adresser ces réponses, et toutes celles de nature à éclairer cette question importante de pathogénie et d'étiologie, avant le 10 décembre, à M. le Dr Huchard, 38, boulevard des Invalides, à Paris.

Digitized by Google

1° La cirrhose hépatique est-elle fréquente dans vos contrées ? Quel nombre en avez-vous observé, et depuis combien de temps exercez-vous la médecine ?

2° Est-elle d'origine alcoolique ou vineuse ?

3° Si elle est d'origine exclusivement vineuse, vos vins sont-ils plâtrés ?

4° La démarcation exacte entre les buveurs de vin ou les buveurs d'alcool et d'apéritifs, est-elle possible et réelle ?

5° L'alcoolisme aigu est-il plus fréquent que l'alcoolisme chronique, et *vice versâ*, dans vos contrées ?

7° Dans les cas de cirrhose (alcoolique ou vineuse), avez-vous observé souvent et en même temps l'artério-sclérose ou l'athérôme artériel ?

6° L'abus de l'alcool et l'abus du vin (plâtré ou non plâtré) produit-il fréquemment la sclérose ou l'athérôme des artères ?

Pour M. Lancereaux, le plâtrage seul des vins, introduisant dans l'organisme des sulfates de potasse, est cause de cirrhose hépatique. Le bisulfate de potasse est un poison *sclérogène*, l'alcool est un poison *stéatogène* et ne peut pas, à lui seul, déterminer la cirrhose interstitielle du foie. Voilà, en deux mots, l'opinion du savant académicien, déjà battue en brèche par ses collègues MM. Vallin et Laborde. D'après ma petite expérience personnelle, j'ai une tendance à être de leur avis, et j'ajoute que les réponses de mes cinq correspondants de l'Yonne affirment déjà, à quelques nuances près, la provenance nettement alcoolique de la cirrhose hépatique.

La discussion est ouverte, et la question ne peut être formellement résolue que par les praticiens des villes et des campagnes, exerçant et observant depuis longtemps dans les pays vignobles et même dans ceux qui ne produisent pas de vin. C'est pourquoi je m'adresse à eux avec l'espoir qu'ils voudront dire nettement ce qu'une longue expérience a pu déjà leur apprendre.

Quand cette question du plâtrage des vins, comme cause de cirrhose hépatique, sera résolue dans un sens ou dans un autre, il y aura encore un terrain d'entente qui devra tous nous réunir, je le crois du moins, avec M. Lancereaux dont j'invoque les lumineux et considérab les travaux sur l'alcoolisme.

Que les petites et accidentelles intoxications par les sels de potasse ne détournent pas notre pensée constante et nos anxieuses préoccupations des méfaits de l'alcool et de ces boissons éminemment toxiques, si bien étudiées par lui, débitées journellement par d'innombrables cabarets sous l'œil peu vigilant (ou favorablement vigilant) de l'administration.

Cette question est de celles qui ne peuvent rester plus longtemps en suspens, que l'Académie a déjà vingt fois examinée, et qu'elle ne doit jamais se lasser de dénoncer hautement comme un lamentable péril national. Le législateur punit ou cherche à punir l'ivresse et l'alcoolisme aigu; efforçons-nous de prévenir l'alcoolisme chronique qui ruine les corps et abâtardit les intelligences. Demandons énergiquement la réglementation des cabarets; (nous pouvons en parler sans crainte, sans préoccupation, avec toute indépendance et liberté d'esprit, puisque nous ne sommes pas candidats à la députation).

Il faut dire tout cela, le redire encore, le dire toujours, sans trêve, aux pouvoirs publics :

L'alcool, et surtout l'alcool de mauvaise fabrication et de mauvaise qualité, qui prend trop souvent le masque de « boissons apéritives », voilà l'ennemi, notre *delenda Carthago* ! Tolérer, accepter, favoriser de semblables choses, de telles intoxications ; les tolérer par ignorance, par entêtement, par indifférence ou par intérêt électoral -- deux circonstances aggravantes — hé bien, je ne crains pas de le dire et peut-être de le répéter après d'autres : *Au nom de la liberté que l'on profane, c'est commettre un crime, un crime de lèse-nation.* — H. H.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

**Le syphilome diffus de la verge.** — Le fait de syphilome diffus de la verge que rapportait au récent Congrès d'urologie M. Glantenay est extrêmement intéressant et tire son importance du petit nombre d'observations actuellement connues dans la science.

En effet, il n'existe sur cette question qu'un travail important d'Albarran, trois observations du professeur Fournier, enfin cinq autres cas publiés par W. Johnson, Zeissl, Browson, Harrison, Mauriac. Dans le cas de Glantenay, il s'agit d'un homme de trente ans, ayant eu une syphilis certaine, traitée seulement pendant quinze jours, et qui vit se développer, quatre ans après le chancre, une induration de l'urètre. Le syphilome diffus de l'urètre transformait le canal en un cordon dur du frein préputial; au fond du périnée, il y avait sur le gland des syphilides tuberculo ulcéreuses. Le résultat de ces lésions était des mictions fréquentes et douloureuses ; un jet éparpillé en éventail.

Le malade fut soigné par M. Fournier, et, rapidement, un traitement spécifique amena une guérison à peu près complète; cessation des troubles fonctionnels et disparition de l'induration, sauf un tout petit noyau au niveau du frein.

On admet, en général, que cette lésion du canal peut se produire par deux processus. Des syphilides ayant débuté au niveau du gland peuvent envahir consécutivement le canal, ou bien prendre naissance primitivement dans ce dernier. Le premier cas est d'observation relativement banale. Le deuxième, tout à fait rare, et c'est à lui que paraît se rapporter le cas actuel.

Glantenay pense, avec juste raison, que cette observation peut contribuer à éclairer la question si difficile des rétrécissements syphilitiques tertiaires. Si la lésion, dans ce cas, avait été abandonnée à elle-même, on peut bien penser que le ramollissement du tissu gommeux aurait pu, après cicatrisation, devenir l'origine de rétrécissements étendus et profonds. — L. F.

Digitized by Google

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**La gastro-entérostomie dans les sténoses simples du pylore.** — La gastro-entérostomie constitue assurément un progrès très réel dans le traitement du cancer de l'estomac limité à cet orifice, surtout lorsqu'on lui adjoint la *pylorectomie* ; malheureusement, l'infection cancéreuse suit généralement son cours, et la survie constatée est rarement supérieure à 5 mois. Il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit de sténoses pyloriques simples ; maintes observations ont montré le bénéfice réel que les malades peuvent retirer d'une telle intervention et M. Dubourg (de Bordeaux) a cherché à déterminer *(Cong. de chir. 1897)* à quel moment elle pourrait devenir opportune. Or, lorsqu'on constate une dilatation stomacale *permanente* qui s'accompagne de troubles digestifs avec hyper ou hypochlorhydrie, douleurs épigastriques, régurgitations ou vomissements fréquents, on peut penser qu'un obstacle existe du côté du pylore.

Si un traitement médical longtemps continué est inefficace, on peut écarter l'idée d'une contracture simple et l'intervention s'impose. Elle devient urgente, lorsqu'on constate un amaigrissement rapide, de la tendance au sommeil, de la lenteur et de la faiblesse du pouls.

Quant au procédé opératoire, M. Dubourg fait une gastro-intérostomie *antérieure*, en passant à travers l'épiploon et le mésocôlon, pour aller à la recherche de l'anse jéjunale et en se servant d'un *tube de caoutchouc* pour faciliter l'anastomose. — L. F.

---

**Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.** — L'année dernière, M. Abadie faisait une communication sur la nature et le traitement du goitre exophtalmique, s'efforçant de renverser la théorie thyroïdienne et disant que sûrement, à l'avenir, la section du sympathique cervical atténuerait ou ferait disparaître les trois principaux symptômes de cette étrange maladie.

Les faits sont venus lui donner raison et, dans l'étude qu'il présente au Congrès de chirurgie actuel il cherche à montrer les dangers des thyroïdectomies partielles. Il s'appuie sur les discussions de la Société de chirurgie, le cas malheureux de Lejars, celui de Quénu. Il rappelle encore que Jaboulay, Sænger ont observé des malades chez lesquels l'ablation partielle de la glande fut rapidement suivie de l'hypertrophie des parties restantes. De telle sorte qu'il y eut pour ainsi dire récidive sur place et aucun amendement des autres symptômes.

Voilà des faits avec lesquels il faut compter. Et, quoi qu'en aient dit Doyen et Péan, quelle que soit l'habilité opératoire du chirurgien traitant, une thyroïdectomie partielle expose au myxœdème, à la récidive, parfois à la mort.

Tout cela pour obtenir en somme, même dans les cas les plus favorables, une simple diminution du goitre, car l'action de l'ablation partielle sur l'exophtalmie est à peu près nulle.

Jusqu'ici, au contraire, toutes les opérations pratiquées sur le sympathique cervical ont donné des résultats favorables, la simple section du sympathique cervical s'est montrée suffisante. Il est parfaitement inutile, comme le recommande pourtant Jonnesco, de l'enlever complètement. Le tronc nerveux, en effet, n'est ni malade ni dégénéré. Son tissu est intact et ne présente aucune lésion.

En réalité, le point de départ de la maladie se trouve dans la partie supérieure de la moelle et le bulbe, au niveau des noyaux d'origine des nerfs dilatateurs du sympathique cervical.

C'est là qu'il faudrait agir si la chose était possible et le vrai traitement curatif serait celui qui éteindrait là sur place, l'excitation anormale qui provoque la vaso-dilatation.

Mais en sectionnant les filets nerveux qui sont les agents de transmission de cette excitation anormale, le but est encore atteint, quoique d'une manière indirecte, et le seul reproche, léger, qu'on puisse faire à ce traitement est que l'exophtalmie, tout en rétrocédant au point de ne plus être ni un danger, ni même une difformité, persiste un peu. — L. F.

---

**Technique de la circoncision.** — Bien que les procédés opératoires de la circoncision soient relativement peu nombreux, on peut dire qu'ils diffèrent considérablement dans les détails. Parmi les opérateurs, les uns ont recours à la cocaïne, l'estimant suffisante au point de vue anesthésique ; les autres — et nous nous rangeons à leur avis — emploient systématiquement le chloroforme, qui donne une immobilité plus longue et plus complète du malade et qui facilite l'intervention. Quelques-uns se servent des serres-fines, au lieu de fils ou de catguts ; il n'est pas jusqu'au mode de pansement qui ne varie suivant les chirurgiens. Or, ainsi que vient de l'établir nettement M. Guiard (*Congrès d'urologie*, 1897), une circoncision n'est parfaitement réussie sous le double rapport de la rapidité de la guérison et de l'élégance du résultat définitif que si l'affrontement est rigoureusement linéaire, sans aucun écartement, dans toute l'étendue de la plaie ; si la réunion est complète, sans croûte et sans suppuration, dès le second jour, sauf, bien entendu, dans le cas d'adhérences ; et enfin si le fourreau cutané de la verge est conservé avec une longueur suffisante pour constituer une sorte de prépuce capable de recouvrir la base du gland, et de dissimuler toute trace d'opération. Pour obtenir ces résultats, M. Guiard a recours à certains détails techniques qui consistent :

1° A recourir à l'anesthésie chloroformique de préférence aux injections cocaïnées ;

2° A n'employer qu'une antisepsie très prudente qu'on réalise par le bain savonneux préalable, et des lavages extra et intra-préputiaux à l'eau boriquée, ou tout au plus

Digitized by Google

à la liqueur de Van Swieten toujours plus ou moins diluée, à l'exclusion formelle des solutions phéniquées. Dans la circoncision, l'asepsie convient mieux que l'antisepsie;

3° A conserver une très grande longueur de peau, afin de ménager pour l'avenir un petit prépuce cutané, et à la couper très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, afin d'obtenir une très large ouverture ;

4° A ne garder, au contraire, qu'une très étroite collerette préputiale de 4 à 5 millimètres ;

5° A opérer la réunion, non par la suture au catgut qui, même très fin, prolonge les suites opératoires pendant une douzaine de jours, mais par des serre-fines et notamment par le modèle spécial de l'auteur dont les mors sont constitués par une double griffe pointue, assez analogue à celle des pinces de Museux. De telles serre fines représentent de véritables sutures métalliques facilement amovibles ;

6° A faciliier la bonne application des serre-fines par des fils suspenseurs placés aux quatre points cardinaux de la ligne de suture et traversant peau et muqueuse très près du bord cruenté;

7° Enfin, à supprimer, comme pansement, toute application directe de linges ou de gaze et à se borner à recouvrir la ligne de réunion d'une épaisse couche de salol. — L. F.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 2 novembre 1897*

**Le plâtrage des vins et la cirrhose hépatique.** — M. Laborde. Les documents venus des pays où l'on ne boit que de l'alcool, à l'exclusion presque du vin, ne sont point en faveur des théories de M. Lancereaux. Des observations faites par moi en Normandie corroborent ces données. J'ai trouvé, dans la grande majorité des cas, le foie modifié de volume. L'exactitude de mes examens ne peut être suspectée, car ces examens ont été faits en tenant compte de ce que m'a appris la radiographie. A mon avis, un fait a beaucoup d'importance : c'est la ressemblance des lésions de la cirrhose avec celles que produit l'alcoolisme dans les autres points de l'organisme. Au reste, on a expérimenté sur le porc l'alcool, et l'on a pu reproduire les lésions de la cirrhose.

Les expériences que M. Lancereaux a faites manquent de précision : l'animal choisi, le lapin, possède un foie trop sensible, qui se modifie presque à volonté. De plus, on n'a surveillé ni les doses données, ni l'absorption de ces doses. J'ai essayé de refaire ces expériences en évitant les fautes que je viens de signaler :

On injecte à l'aide de la sonde œsophagienne du vin à deux chiens : l'un d'eux reçoit du vin plâtré, l'autre du vin indemne de bisulfate. L'expérience est prolongée pendant un mois. Le chien absorbant du bisulfate de potasse ne présente point de troubles spéciaux.

Un autre chien reçoit 15 grammes de bisulfate de potasse par jour ; il ne présente absolument aucun trouble. Du reste, il existe une donnée qui est un argument d'une puissante valeur : On sait que les sels de potasse entrent pour une très large part dans notre alimentation. Si ces sels devaient atteindre le foie, nous serions tous atteints de cirrhose.

MM. Charpentier et Berger lisent leurs rapports sur la commission permanente de l'hygiène de l'enfance et sur le prix Godard. — Traitement de la tuberculose locale par des injections d'euphorbe : M. Pennières.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 29 octobre 1897*

**Recherches bactériologiques sur la diphtérie.** — MM. Barbier et Tollemer. Il résulte des études bactériologiques poursuivies par ces auteurs dans le service des diphtériques à l'hôpital Trousseau que les bacilles diphtériques vrais n'existent pas seulement au niveau de la plaque de la gorge, mais qu'on les retrouve encore dans les viscères (ganglions cervicaux et bronchiques, poumons, rate, bulbe et protubérance).

La virulence des bacilles retirés des viscères a été très grande, surtout en ce qui concerne les bacilles du bulbe et de la protubérance. La présence de ces germes dans les centres nerveux, où ils arrivent probablement en suivant les gaînes des nerfs crâniens, jette un certain jour sur la pathogénie des paralysies diphtériques et des accidents bulbaires.

Ajoutons encore que, dans tous les cas graves, notamment dans ceux où le bacille était associé au streptocoque, on a observé du purpura, des hémorragies cutanées, muqueuses, viscérales, en particulier dans le poumon et la rate, ce qui permet de penser que, dans ces cas, le poison diphtérique est nettement hémorragique. D'ailleurs, dans ces cas, le sang est très fluide et présente l'aspect du sirop de groseille très étendu d'eau.

Jamais le bacille de Lœffler ne se montre seul dans les viscères, il est accompagné soit du streptocoque, soit du staphylocoque. Dans certains cas, on retrouve le staphylocoque dans un ganglion et le streptocoque dans un autre, chez le même malade. Ces infections simultanées correspondent parfois à des types chroniques définis, mais l'aspect seul de la gorge n'est pas un guide sûr de l'existence ou non de telle ou telle infection. La trachée, les bronches, le poumon constituent des lieux d'inoculation autrement vastes, et la bronchite ou la broncho-pneumonie concomittante donnent la clef des phénomènes infectieux, qu'on rechercherait en vain dans la gorge.

**Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage.** — M. Sevestre rapporte un fait qui constitue une application

Digitized by Google

intéressante et nouvelle du tubage. Une fillette de 5 ans avale, le 26 juin, un fragment de perle de jais et continue à jouer. Quelques heures après, elle éprouve un accès de suffocation; puis tout rentre dans l'ordre, jusqu'au 21 juillet, où elle a un nouvel accès de suffocation suivi d'une hémoptysie légère, à la suite duquel elle entre à l'hôpital le 22 juillet. Un nouvel accès de suffocation semblait indiquer la trachéotomie, lorsque M. Bonnus, interne du service, proposa d'essayer le tubage. Cette intervention calma immédiatement l'accès; et dans une quinte de toux l'enfant expulsa au travers le tube le corps étranger de forme allongée.

Il est intéressant de voir un corps étranger de cette nature pointer aussi longtemps dans la trachée, sans déterminer autre chose que des accès de suffocation éloignés.

**Ostéo-arthrite à pneumocoques.** — M. Fernet a observé cette année, chez un homme de 56 ans, une pneumonie dans le cours de laquelle se déclara une arthrite scapulo-humérale à début brusque, très douloureuse, avec empâtement local de la peau. Dès le douzième jour, on constatait de la mobilité anormale de l'extrémité externe de la clavicule avec érosion du cartilage articulaire. L'épaule fut immobilisée et l'arthrite se termina par une ankylose fibreuse, Rapprochant ce fait d'un cas analogue où il avait constaté l'existence en pneumocoque, M. Fernet attribue cette arthrite à une infection pneumococcique.

**Un cas de purpura attribué à l'intoxication par la benzine.** — MM. P. Le Noir et H. Claude. Nous avons observé récemment un cas de purpura qui nous a paru déterminé par un empoisonnement chronique dû à la benzine. Il s'agit d'un homme de 27 ans, teinturier, qui présenta quelques taches hémorragiques rares sur le corps avec des hémorragies nasales, gingivales et une pleurésie hémorragique. Il succomba subitement dans un état d'anémie extrême, A l'autopsie, on constata une hémorragie pleurale, des infarctus myocardiques et sous-endocardiques et des ecchymoses en grande abondance sur les muqueuses stomacales et intestinales enfin deux foyers hémorragiques dans la couche optique gauche et dans la région bulbo-protubérantielle. Le début des accidents avait paru remonter à trois mois et avait été caractérisé par de grandes plaques ecchymotiques sous-cutanées. Le malade s'était peu à peu affaibli et avait du quitter son travail. De l'enquête faite sur ses antécédents, il résultait que, cet homme, depuis longtemps, était exposé pendant des journées entière en accomplissant son métier à des vapeurs de benzine. Il en éprouvait une sorte d'ébriété, des céphalées, des nausées et un malaise général persistant encore longtemps après sa sortie de l'atelier. Nous appuyant sur des faits expérimentaux et sur des observations analogues à la nôtre rapportées dernièrement par M. Santessou, de Stockholm, nous avons pensé que le purpura de forme un peu spéciale, que nous avons rapporté, devait être attribué à l'intoxication lente par la benzine, laquelle avait déterminé à la longue une altération profonde du sang et des vaisseaux. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 4 novembre 1897*

**Corps étranger du rectum.** — M. Gérard-Marchand rend compte d'une observation de M. Delbet, dans laquelle il s'agit d'un homme de 41 ans, s'étant introduit dans le rectum une bouteille de la contenance d'un quart de litre environ. Cette bouteille était placée transversalement dans le petit bassin, le goulet faisant saillie sous la paroi abdominale, et le fond logé au-dessus et dans la concavité du coccyx. Dans l'impossibilité de l'extraire par les moyens ordinaires, M. Delbet fit donner le chloroforme, puis fendit en arrière le périnée, le rectum, désarticula le coccyx et put ramener aisément la bouteille. Guérison complète.

Des expériences poursuivies sur le cadavre montrèrent à M. Delbet que le principal obstacle à l'extraction du corps étranger était la position de son fond dans la concavité du coccyx et sa position horizontale. Celle-ci serait due à l'aponévrose périnéale moyenne qui, une fois franchie, fait basculer l'extrémité supérieure du flacon au-devant du promontoire et le couche horizontalement dans le ventre.

M. Bazy a extrait chez un homme de 55 ans une bouteille de même volume, dont le fond était fixé dans la concavité du sacrum. Sous le chloroforme il introduisit dans le rectum les deux larges valves de spéculum sur lesquelles il fit glisser la bouteille.

M. Bazy rapporte ensuite une observation analogue de M. Groussin. Il s'agit d'un homme qui s'était introduit un saucisson dans le rectum. M. Groussin put l'extraire par fragments à l'aide d'une pince à faux-germe de Pajot.

**Intervention dans l'occlusion intestinale.** — M. Peyrot est partisan de la laparotomie, qui permet de remplir toutes les indications et de lever l'obstacle au cours des matières. Si le malade est trop faible pour supporter une longue opération, on pratiquera l'anus artificiel, mais celui-ci n'est qu'une opération palliative, un pis-aller auquel on ne se résoudra qu'en dernier lieu.

M. Schwartz. Le diagnostic du siège et de la nature des occlusions aiguës est souvent difficile, fort obscur. Lorsque la paroi abdominale est mince, il est possible de se rendre compte du siège de l'étranglement, mais non de sa nature. Celle-ci reste souvent incertaine, quelquefois même après l'ouverture du ventre; tels sont l'iléus paralytique, l'étranglement par bride épiploïque. Ces cas sont d'ailleurs complexes, surtout s'ils sont compliqués d'appendicite ou d'une autre lésion du bassin. Sur 15 cas d'occlusion intestinale, 8 fois il a vu le cours des matières se rétablir à la suite de lavements électriques. L'anus artificiel répond à une indication pressante, qui est l'évacuation du tube intestinal. Il l'a pratiqué deux fois avec succès, n'ayant pu faire mieux. Dans les

Digitized by Google

autres cas il a fait la laparotomie. Celle-ci serait l'opération idéale, si elle n'était aussi grave chez des malades épuisés.

M. Walther présente une femme qu'il a opérée pour une pseudo-maladie de Basedow, caractérisée par des tremblements, des palpitations et de la dyspnée.

Cette affection était causée par une tumeur à évolution rapide du corps thyroïde et plongeant dans le médiastin. Guérison après résection de la tumeur.

M. Faure présente un homme auquel il a enlevé un polype de l'intestin grêle ayant déterminé une invagination intestinale. — H. M.

## CONGRÈS DE CHIRURGIE

(11e session tenue a paris du 18 au 23 octobre 1897)

M. Février (armée) rapporte une observation de contusion à propos des *contusions de l'abdomen*, par coup de pied de cheval avec trois déchirures incomplètes du cœcum, une par écrasement, deux par éclatement.

M. Nimier (armée) pense qu'il faut noter avec soin les commémoratifs, le mode d'action de l'agent vulnérant, et attendre, en notant toutes les heures, la température et le pouls et agir vite dès l'apparition du moindre symptôme alarmant.

M. Guinard est partisan de la laparotomie dans toutes les contusions de l'abdomen, même et surtout, quand le shock, au lieu de s'atténuer, va s'aggravant. Il préconise l'emploi immédiat d'une incision en boutonnière, favorisant l'issue de sang, liquide péritonéal, matières alimentaires, et déterminant le malade à laisser pratiquer la laparotomie qu'il fait, à l'anesthésie à l'éther.

M. Rioblanc (armée) est d'avis d'intervenir rapidement; tout au moins, de se tenir prêt à l'opération à la première alarme.

*Effet du traumatisme opératoire chez le vieillard.* — M. Ch. Rémy (Paris). Chez le vieillard, un accident léger, une opération sans gravité réelle sont souvent suivis de phénomènes inquiétants, et même de terminaison fatale.

Le choc revêt plusieurs formes cliniques. Le choc traumatique rapide, avec un calme que des observateurs non exercés prendraient pour des suites favorables à l'opération Le choc traumatique prolongé, a forme nerveuse, évoluant en quelques semaines, pouvant amener la mort quelques minutes après l'opération ou dans les premiers jours qui suivent.

On peut éviter souvent ces complications, en veillant à ce que le malade ne se refroidisse pas. et en évitant l'emploi du chloroforme. Le traitement consiste essentiellement dans l'application de compresses chaudes, en injections de sérum chaud, etc.

*Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections* — M. Tuffier (Paris) après avoir rapporté plusieurs observations de ligatures vasculaires pour tumeurs inopérables, principalement pour celles de l'utérus, tire de ces faits les conclusions suivantes :

Les ligatures artérielles constituent, avec les procédés actuels de la chirurgie, des moyens inoffensifs ; il serait utile de reprendre leur étude dans le traitement de certains néoplasmes inopérables et dans certaines infections. Les organes, ne possédant qu'un petit nombre de pédicules vasculaires, sont ceux qui bénéficieront le plus de cette méthode. Les fibromes, les épithéliomas et leurs complications, des cancers de l'utérus, certaines hypertrophies organiques, comme la mégalosplénie, paraissent justiciables du même procédé. Il en est de même dans les affections localisées, les phlébites des sinus et dans certaines infections veineuses du membre inférieur. L'oblitération vasculaire se propose. dans ces cas, d'empêcher le déversement continu de produits toxiques dans la circulation générale.

M. Hartmann a eu l'occasion de pratiquer, à diverses reprises, des ligatures atrophiantes dans des cas de néoplasme de l'amygdale et de l'utérus sans grand résultat.

Il n'en a pas été de même pour les fibromes. Dans trois cas, il a vu les symptômes disparaître et la tumeur rétrocéder.

*De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations de la caisse* — M. Reynier (Paris) s'est rallié à l'évidement pétro-mastoïdien que M. Broca a préconisé et défendu à la Société de chirurgie. Il emploie la technique suivante :

L'opération comprend quatre temps: l'incision de la peau, l'ouverture de l'antre, l'ouverture de l'aditus et celle de la caisse. Pour les deux premiers temps, M. Reynier suit les règles données par M. Duplay. Comme ce dernier, il fait l'incision des parties molles dans le sillon rétro-auriculaire, et, pour l'évidement mastoïdien, il tend de plus en plus à abandonner l'emploi du ciseau et du maillet pour se servir surtout de la gouge à main, dont l'usage a été, avec raison, recommandé par M. Duplay, en raison des accidents auxquels on est exposé si l'on fait une échappée avec le ciseau. Le troisième temps se fait en sculptant la paroi externe suivant la direction du protecteur de Stacke ou d'un stylet recourbé introduit dans l'aditus. Enfin, la caisse ouverte largement, il procède à une ablation soignée des fongosités.

Cette opération n'a jamais été suivie d'accidents.

Au point de vue des résultats consécutifs, sur 4 femmes opérées, M. Reynier a eu 1 succès pour une otite scléreuse, qui a été très peu améliorée, 1 récidive et 2 guérisons complètes; sur 10 hommes, il a perdu de vue 2 de ses opérés et les 8 autres ont guéri ; tous ont eu l'audition très améliorée.

M. A. Malherbe (Paris) rapporte 11 cas d'otite moyenne sèche, traités par cette méthode avec succès.

*Des abcès cérébraux consécutifs aux otites suppurées.* — MM. Jaboulay et Rivière (de Lyon) rapportent quelques cas d'abcès cérébraux otitiques, et concluent :

*a)* Que l'abcès cérébral est généralement une infection surajoutée à une otite tuberculeuse.

*b)* Que le diagnostic, qui doit être précoce, doit surtout s'appuyer sur la céphalée fixe, la fièvre, la gravité des phénomènes généraux, les localisations, etc.

*c)* Que la grande difficulté opératoire réside dans la presque impossibilité de faire un drainage durable, les drains en caoutchouc troués ou non, en métal étant expulsés ou obstrués; seul un drain métallique avec rebord terminal serait utile. L'incision au thermocautère est insuffisante ; et l'excision des parties environnantes mènerait probablement trop loin.

A propos d'un cas de *septico-pyohémie d'origine otique*, MM. Villard et Rivière (de Lyon), insistent sur la difficulté du diagnostic et l'importance d'une intervention hâtive.

*Abcès froids pulsatiles du thorax.* — M. Peyrot rapporte une observation intéressante d'abcès froid pulsatile du thorax et M. Lejars un cas de plaie de poitrine par arme à feu.

M. Potherat rapporte deux cas de *kystes hydatiques du poumon*, pris pour de la tuberculose hebdomadaire, et qui furent, après l'opération, suivis d'un très brillant résultat.

(*A suivre.*) L. Flœrsheim.

Digitized by Google

## ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

La deuxième session de l'Association française d'urologie a été ouverte le 21 octobre, à la Faculté de médecine sous la présidence du professeur Guyon, qui, après avoir constaté que les adhésions sont venues nombreuses de France et de l'étranger, et après avoir souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, a déclaré la session ouverte.

**Physiologie pathologique des rétentions rénales.** — MM. F. Guyon et J. Albarran, au point de vue de la physiologie pathologique, étudient le fonctionnement du rein : 1° dans les poches de rétention rénale complètes et fermées ; 2° dans les poches de rétention rénale incomplète dès le début, et qui, ayant d'abord été fermées, ont été secondairement ouvertes.

« Les recherches que nous venons d'exposer, concluent-ils, nous semblent présenter un réel intérêt, au point de vue du diagnostic et des indications opératoires dans les rétentions rénales. Elles démontrent : *que toutes les fois que les deux reins fournissent une urine de composition semblable, le diagnostic de rétention rénale doit être écarté.* D'un autre côté nous pouvons arriver à déterminer, par l'étude comparée des urines des deux reins, quel est « le degré des lésions du rein malade », et ce qu'il représente au point de vue *de sa valeur fonctionnelle.* Toutes ces données ont une importance capitale pour établir les indications opératoires, notamment pour décider si on doit ou non conserver un rein en rétention. »

**Hydronéphrose. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison opératoire.** — M. Jules Bœckel (de Strasbourg) communique un cas d'hydronéphrose, consécutive à une pyélite, dans lequel il fit la néphrectomie transpéritonéale.

La tumeur, grosse comme une tête de fœtus à terme, renfermait une série de loges groupées en deux parties distinctes : l'une appartenant à la moitié supérieure du rein, l'autre à la moitié inférieure, aboutissant toutes au bassinet, dont la partie supérieure est oblitérée.

La malade se remit très vite de l'opération. Mais trois mois plus tard le rein opposé se prit à son tour et six semaines après la malade succomba.

Il s'agit dans ce cas d'une hydronéphrose consécutive à une pyélite chronique, avec oblitération partielle du bassinet et oblitération complète de l'uretère, affection dont l'étiologie et la nature sont restées obscures.

**Récidive post opératoire des calculs de la vessie.** — M. Pousson (de Bordeaux). La lithotritie moderne, rapide et antiseptique, a vu son champ s'accroître de jour en jour, au point que la taille ne trouve plus ses indications que dans quelques cas exceptionnels. L'un des arguments que les partisans irréductibles de la méthode sanglante ont le plus complaisamment invoqué contre le broiement et l'aspiration est la fréquence des récidives. Mais l'orateur croit pouvoir affirmer que la lithotritie faite selon les règles permet d'évacuer les plus petits débris et fournit, avec des risques moindres que la taille, une égale garantie contre les récidives. La cystoscopie permet, d'ailleurs, de contrôler les résultats de l'évacuation.

En réalité, les récidives postopératoires tiennent beaucoup moins à l'oubli d'un fragment qu'à la persistance des causes générales et locales de la lithiase vésicale. Ce qui le prouve, c'est que la taille, pas plus que la lithotritie, n'est capable de la prévenir.

**Taille et lithotritie.** — M. E. Chevalier (de Paris) est du même avis que M. Pousson. Le premier argument contre la lithotritie est que cette opération n'a pas « l'allure chirurgicale ». Cette objection ne mérite pas qu'on s'y arrête.

Le second reproche fait de la lithotritie une opération plus dangereuse que la taille ; il ne supporte pas non plus la critique des faits, si l'on tient compte des observations des chirurgiens pratiquant les deux opérations.

La troisième objection, en apparence plus grave, est que la lithotritie expose aux récidives, que la taille évite. La lithotritie, dit-on, laisse ou peut laisser des fragments, que la taille permet d'enlever. Or, la récidive n'est pas plus évitée dans l'une que dans l'autre opération ; elle tient ou à l'organisme « calculs d'organisme » (Guyon), si la pierre est urique ou oxalique, ou à la suppuration de la vessie ou du rein « calcul d'organe » (Guyon), et la lithotritie garde, sur la taille, l'avantage de pouvoir être répétée souvent.

Les indications de la taille, quoique très restreintes, existent pourtant, quand les pierres sont trop grosses, trop dures, ou trop nombreuses et l'état général ou vésical trop mauvais

M. Albarran est de l'avis des auteurs précédents, mais l'on est jamais sûr que la lithotritie est complète ; aussi fait-il une vérification par l'endoscope, dans la huitaine qui suit l'opération.

Quant à la suture d'une cellule vésicale, comme on l'a proposé, c'est une mauvaise opération ; on ferme ainsi une cavité qu'on ne peut désinfecter et on s'expose soit à une ouverture péritonéale, soit à la désunion de la suture.

M. Malherbe (de Nantes) est du même avis ; il n'a jamais rencontré de calculs impossibles à briser et l'hypertrophie de la prostate n'est pas un obstacle quand on peut passer le lithotriteur.

M. Tedenat (de Montpellier), pour éviter les récidives, attache une très grande importance à la vérification avec un petit lithotriteur immédiatement après l'opération ; puis quelques jours après.

M. Nicolich préfère la lithotritie, mais avoue qu'elle est d'une exécution difficile.

M. Guiard ne croit pas que ce soit par le choix de la taille ou de la lithotritie que l'on doive chercher à résoudre la question des récidives des calculs ; c'est plutôt par le soin méticuleux que l'on doit apporter à faire, après l'opération principale, des séances de vérification.

La vérification par le lithotriteur, et surtout par l'aspirateur, est un moyen précieux de prévenir les récidives des calculs phosphatiques.

En ce qui concerne la cystoscopie appliquée au diagnostic des fragments après les séances opératoires, l'auteur ne partage pas les opinions de M. Albarran ; il préfère recourir à l'aspiration qui est un très précieux moyen de diagnostic.

Enfin, à propos de l'opération proposée par M. Pousson, dans les cas de cellules vésicales, il croit que les fils du catgut servant à la suture sont souvent le point de départ de nouveaux calculs, ainsi qu'il arrive si souvent après les opérations des fistules vésico-vaginales.

M. Loumeau est d'avis qu'on ne saurait trop multiplier les vérifications après l'opération, par le lithotriteur et le cystoscope. Le nitrate d'argent semble bien répondre à la désinfection complète de la vessie.

M. Albarran, en réponse aux objections sur la vérification par cystoscopie, croit que les calculs ou fragments qui seront assez

Digitized by Google

dissimulés pour échapper au cystoscope seront, à plus forte raison, inaccessibles à un autre instrument.

Quant à la vérification par l'aspirateur, elle est tout à fait infidèle, et comme exemple, il n'a qu'à citer les cas de calcul phosphatique.

M. Carlier (de Lille) pense qu'il ne faut pas accuser la lithotritie des récidives post-opératoires. On n'observe, en général, les récidives que chez les prostatiques, à cause de l'existence des bas-fonds de la vessie où viennent se loger les graviers, tout récemment venus du rein, et on ne voit pas de récidives chez l'enfant opéré d'un calcul, quel que soit le procédé opératoire employé.

**De la suppuration des canaux accessoires de l'urètre chez la femme.** — MM. Hartmann et Reymond (de Paris). A côté des abcès de la cloison urétro-vaginale s'ouvrant dans l'urètre, développés aux dépens de glandules de ce conduit, variété bien étudiée par Kene, Augagneur et son élève Calavassy, Verchère, etc , il est une autre variété d'abcès, également sous-urétraux mais développés au niveau d'un canal, s'ouvrant directement à l'extérieur, dont les auteurs présentent deux observations.

1° Parce qu'elles montrent qu'à côté des abcès développés aux dépens de glandes intra-urétrales, il en est d'autres qui peuvent se développer aux dépens de canaux, s'ouvrant directement à l'extérieur ;

2° Parce que ces canaux présentent une structure, rappelant celle du canal urétral et non pas une glande, ce qui les différencie de ces lésions glandulaires étudiées par Astruc, A. Guérin, de Sinéty, Martineau et ses élèves.

M. Verchère. Ces abcès se développent non dans de véritables glandes, mais dans des culs de-sac muqueux Ces lésions ne sont pas toujours de vrais abcès ; parfois dans une localisation du gonocoque, on a une accumulation de sécrétion semblable à du magma.

Quant aux véritables suppurations, elles sont décrites et elles existent. Elles arrivent à fermer l'orifice dans l'urètre et donnent lieu à des fistules qui s'ouvrent dans l'urètre et le vagin, et qui demandent une intervention chirurgicale.

M. Hartmann. Jusqu'ici on n'avait parlé que de glandes, j'ai voulu montrer qu'il ne s'agissait pas de glandes.

M. Reymond (de Paris). Ce qu'il y a d'intéressant dans les abcès signalés par Hartmann, c'est que non seulement ils s'ouvrent à l'extérieur, souvent, mais se développent dans des canaux s'ouvrant normalement à l'extérieur. (*A suivre.*) — L. Flœrsheim.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'honorable et sympathique Dr Laporte a interjeté appel du jugement qui l'a condamné à trois mois de prison pour échec opératoire. Il y avait deux conduites à suivre : ou en rester là, puisque, dans le cas de réforme de cet extraordinaire jugement, tout le mal avait été consommé avant lui : ou épuiser toutes les juridictions, ne serait-ce que par déférence pour elles. Le Dr Laporte a choisi ce dernier parti, ce dont on ne saurait le blâmer, et son procès, ou plutôt le procès du corps médical recommençant, notre courageux confrère va monter un nouveau calvaire.....

On nous permettra de revenir encore sur ce procès, qui nous réserve chaque jour une surprise et une stupéfaction nouvelles.

Un accoucheur des hôpitaux, du plus grand mérite, et agrégé à la Faculté de Paris, le Dr Varnier, vient de passer au crible dans le dernier numéro de la *Revue pratique d'Obstétrique*, le fameux rapport d'expertise du Dr Socquet, et voici ce qu'on peut lire textuellement dans le compte rendu de l'autopsie :

« *Après avoir disjoint la symphyse pubienne*, **nous avons enlevé en masse, avec le couteau à cerveau,** *l'utérus et ses annexes, y compris la vessie, la cavité vaginale entière et l'extrémité du rectum.* »

A la place du Dr Socquet, je n'aurais pas la conscience tranquille, et je me demanderais si, en enlevant « en masse » tous ces organes, je ne serais pas l'involontaire auteur des blessures vésicales, d'autant plus que, dans le service de M. Guyon, il est prescrit (comme le rappellent MM. Albarran et Varnier), d'obéir scrupuleusement aux règles suivantes, dans le but de constater les perforations de la vessie : 1° s'assurer *avant tout* de l'état de la vessie en y poussant une injection ; 2° après avoir ainsi démontré l'existence des solutions de continuité et en avoir décrit l'aspect extérieur, ouvrir la vessie *sur place* avec les plus grandes précautions, afin d'étudier avec soin et de noter en détail les caractères objectifs des perforations.

M. Socquet n'ayant pas pris toutes ces précautions et d'autres encore, son expertise doit être considérée comme non avenue.

Quant au reproche fait au Dr Laporte d'avoir pratiqué l'opération de la crâniotomie « pour la première fois », il contient une vérité de M. de la Palisse, puisque les plus grands chirurgiens ou accoucheurs sont bien obligés de commencer toujours par leur première opération. D'un d'autre côté, est-il indiscret de demander combien de crâniotomies l'expert a pratiquées pour être en droit de porter un jugement valable sur cette question obstétricale ?

Il est vrai que le Dr Maygrier, dont personne ne conteste la compétence absolue, a été appelé ensuite ; mais *il n'a pas assisté à l'autopsie*, il n'a vu les pièces que sur un plateau et après les manipulations de M. Socquet, comme M. Varnier le fait remarquer. Il faut reconnaître qu'on a été injuste envers M. Maygrier, qu'on l'a accusé à tort, même dans le monde médical, d'une trop grande sévérité pour un échec opératoire. M. Maygrier a cherché à atténuer les conclusions injustes de la première expertise, et il a dû être, comme nous, stupéfait du jugement rendu. C'est un savant modeste dont la bonne foi est au-dessus de tout soupçon, qui n'aime pas les grands éclats de voix, souvent préjudiciables aux meilleures causes, et qui a peut-être pensé, comme le dit Tacite, qu'il y a « des dévouements plus ardents que mesurés, capables de causer beaucoup de mal »...

Il fallait et il faudra hautement dire ceci : *les échecs opératoires ne tombent sous aucune juridiction*, et c'est en cela que nous croyons fermement à notre « intangibilité » dont on a parlé avec quelque méchanceté. Qui peut se vanter de n'avoir jamais eu à son actif une faute ou un malheur opératoire ?

J'ai raconté dans ce journal (1896) l'histoire d'un anévrysme de l'aorte thoracique caché par un épanchement pleural, anévrysme que j'ai failli atteindre avec mon trocart ; et dans une de ses leçons cliniques, en 1893, le professeur Potain parle d'une malade atteinte d'un épanchement pleural qu'il dut ponctionner. Cette femme mourut, et à l'autopsie, on constata très peu de liquide dans la plèvre et un énorme anévrysme de l'aorte. « Je frémis — ajoute-t-il — à la pensée que le trocart de Reybard, dont nous nous servions alors, aurait pu rencontrer cette poche anévrysmale au lieu du kyste pleural. » (*Thèse inaug.* de Martin-Durr, Paris, 1893, page 9).

Digitized by Google

Que d'autres exemples de grossesses prises pour des tumeurs et opérées, d'anévrysmes confondus avec des kystes ou des abcès !

Donc, le procès est déconcertant, le jugement est néfaste pour les malades, injuste pour les médecins, et ce n'est pas seulement en France qu'on le considère ainsi. « Nous invitons — dit la *Gazette médicale de Liège* — nos lecteurs à méditer ce jugement Ils verront comment certains juges français font fi des protestations de la science la plus éclairée pour se laisser guider par des commères haineuses et ignorantes. ».

***

Ces « commères ignorantes et haineuses » que le Dr Laporte, dans sa trop grande bonté, a eu le tort de ne pas éconduire, ont prétendu que notre confrère ne savait pas guider les instruments, quand il a fait preuve d'une réelle décision opératoire qui lui fait honneur; elles ont dit qu'elles avaient assisté à une véritable « boucherie », et le Dr Pinard a eu un mot très heureux dans ces débats, lorsqu'il s'est écrié : « Mais, si vous me voyiez parfois opérer, vous m'enverriez en cour d'assises ! »

A ce sujet, voici une histoire déjà ancienne de crâniotomie à laquelle j'ai participé :

En 1874, pendant une opération de crâniotomie que pratiquait, sur une de mes malades, mon regretté collègue le Dr Chantreuil, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Paris, un petit accident chloroformique survint. Immédiatement, nous pratiquons l'inversion de la malade en plaçant la tête en bas, et le mari qui entendait du bruit d'une chambre voisine ouvrit précipitamment la porte. A la vue de ces instruments sortant de la vulve, de ce crâne perforé, du sang répandu sur le lit, il s'élança vers nous la menace à la bouche en s'écriant : « C'est une boucherie (*sic*), et vous tuez ma femme ! » — « Non, monsieur, nous la sauvons !... » — Elle fut sauvée, en effet, et le mari qui n'était pas une de ces commères dont il a été question, devait plus tard occuper une haute situation politique de notre pays. Sa femme avait été sauvée bien certainement par la « boucherie » opératoire du Dr Chantreuil, et il nous en témoigna ensuite une profonde reconnaissance avec le regret de nous avoir parlé avec une si injuste dureté.

Hé bien, si nous n'avions pas réussi, que serait-il advenu de nous, si par malheur nous nous fussions trouvés en présence des juges de la 9e chambre correctionnelle ? Ils nous auraient condamnés à trois mois de prison, et ils n'auraient pas pu exercer à notre égard toute leur « indulgence », puisque la loi Bérenger n'était pas encore née.

Le Dr Laporte — nous ne nous lasserons pas de le répéter — a fait tout son devoir, plus que son devoir. Il n'a eu qu'un tort : celui de ne pas réussir. Mais, s'il eût réussi, quelles louanges les « ignorantes et haineuses commères » lui eussent décernées !

Les juges l'ont condamné à trois mois de prison. Mais nous avons une supériorité sur eux; car il arrivera une heure où nous, médecins, toujours très dévoués pour soigner leurs maladies, nous les condamnerons à mort, et dans ces cas le destin, égal pour tous, n'a pas à sa disposition « l'indulgence » de la loi Bérenger.

***

Maintenant, pourquoi tout ce bruit autour de l'affaire Laporte ?

C'est parce qu'il ne s'agit pas seulement du procès Laporte, mais du procès fait au corps médical tout entier et à l'honnête exercice de la profession; c'est parce que nous sommes tous solidaires les uns des autres, parce que demain chacun de nous peut être jugé et mal jugé sur la foi de simples commérages; parce que depuis longtemps nous sommes trop affaiblis par les divisions et qu'il faut entreprendre une sainte croisade pour l'Union, encore et toujours pour l'union; parce que nous devons nous ressaisir et montrer que le nom de « confrères » n'est pas un vain mot; enfin, parce que nous avons un terrain de commune entente, de chères existences que nous avons souvent entre nos mains, et le dévouement que nous savons toujours leur prodiguer.

Commençons par cimenter cette union en souscrivant, *tous sans exception*, au témoignage de sympathie en faveur du Dr Laporte. Songez, chers confrères et amis, que la somme à réaliser importe peu, que c'est *le nombre des souscripteurs* qui importe. Envoyez votre obole de 1, 2, 3, 4 ou 5 francs, et comme votre temps est précieux, usez de CARTES MANDAT-POSTE (sorte de carte postale) ou même de TIMBRES-POSTES pour adresser cette obole *jusqu'au lundi 15 novembre, jour où la souscription sera close dans ce journal.*

Plusieurs de nos lecteurs se sont excusés près de nous d'avoir déjà adressé à d'autres journaux qu'au nôtre le montant de leur souscription. Là, n'est pas la question; nous n'avons pas la prétention de garder à nous seuls le monopole de la confraternité, ou plutôt de la fraternité médicale. Tous les journaux médicaux sont étroitement unis par la même pensée de solidarité professionnelle, et ce que vous envoyez à l'un fait le même plaisir aux autres.

Du reste, toutes les sommes que nous recevrons devront être, si je ne me trompe, centralisées à l'*Union des Syndicats médicaux de France*, qui vient de prendre la généreuse initiative de la création d'une CAISSE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE. Voilà déjà une sorte de « comité de défense médicale » que, dès les premiers jours, nous avons conseillé d'instituer.

***

Un mot encore pour finir :

L'un de mes collègues et amis me disait, il y a quelques jours :

« Pourquoi toutes ces récriminations, et ne pensez-vous pas qu'ainsi certains journaux, peut-être trop énergiques dans leur attitude défensive, n'indisposent encore les juges contre le Dr Laporte, qui a entrepris la revision de son procès ? »

— « Hé bien ! je ne suis pas de votre avis — lui répondis-je — et j'ai meilleure opinion que vous sur notre magistrature. Il y a encore des juges qui ont conscience de leur haute mission; ils n'ont pas toujours l'oreille tendue vers les clameurs de la rue et de la foule imbécile; ils ne doivent pas éprouver de la haine ou tout autre mauvais sentiment contre les médecins, et ils voudront élever leurs cœurs au-dessus des passions humaines; ils savent écouter sans colère, avec une parfaite sérénité d'âme, et ils jugeront avec indépendance et sans parti pris. Aimant et respectant la justice, ils auront le courage de dire à Laporte :

« Nous nous sommes trompés, parce qu'on nous a trompés. Allez, vous pouvez lever la tête; car vous vous êtes conduit en honnête homme, en médecin dévoué et désintéressé. » — H. HUCHARD.

---

*Voir à la page* CCCLIV *la souscription Laporte et la première liste des souscripteurs.*

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

*Hôpital Necker.* — M. le Dr Rendu

## De quelques troubles nerveux du diabète (1)

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de deux femmes atteintes de diabète, et dont l'histoire clinique est intéressante à comparer parce que ces deux malades s'écartent un peu du type habituel des diabétiques que l'on voit le plus souvent dans les services hospitaliers. D'ordinaire, les diabétiques d'hôpital sont ce qu'on peut appeler de grands diabétiques avec polyurie, azoturie, polydipsie, polyphagie; souvent même les malades n'entrent à l'hôpital que pour la complication la plus fréquente et la plus grave de leur affection, je veux parler de la tuberculose à marche généralement rapide qui les emporte.

En ville, au contraire, le diabète se présente comme une affection protéiforme, souvent peu grave, ou, du moins, longtemps compatible avec une bonne santé; mais au cours de laquelle de nombreux symptômes nerveux, en quelque sorte collatéraux au diabète, forment presque tout le tableau clinique. Les deux diabétiques qui font le sujet de notre conférence rentrent dans ces cas de diabète nerveux que l'on rattache à la goutte et à l'arthritisme, et les accidents qu'elles ont présentés, par leur rareté même à l'hôpital, nous ont décidé à en faire le sujet de cette leçon.

L'une d'elles est une femme de 53 ans, entrée le 9 avril dernier à la salle Monneret pour des troubles fonctionnels assez disparates et difficiles à rattacher à une même cause. Ce qui frappe tout d'abord chez cette femme, c'est son apparence égarée et le vague de son regard, phénomènes qui s'expliquent facilement par l'affaiblissement considérable de sa vue. Les pupilles, très dilatées, montrent que l'œil est à peine impressionné par la lumière. Cette femme distingue encore cependant un peu les objets; du reste, son acuité visuelle varie d'un jour à l'autre, mais l'affaiblissement de sa vue remonte déjà à plusieurs années. Avant d'être diabétique, elle présentait déjà des signes de myopie progressive; aucune opacité du cristallin ne dénote un début de cataracte. Notre malade accuse en même temps des douleurs périorbitaires qu'il est facile d'exagérer par la pression du doigt, mais elle ne se plaint d'aucun trouble subjectif de la vision. Elle n'a ni dyschromatopsie, ni mouches volantes, ni vision d'anneaux irisés. Sa myopie, cependant, a progressé beaucoup depuis plusieurs mois, et elle a dû changer déjà plusieurs fois les verres de ses lunettes. Actuellement, elle voit tout juste le nombre de doigts qu'on lui présente à un mètre de distance. En même temps que sa vue baissait, apparaissait une céphalée, d'abord intermittente, maintenant continuelle et qui a un caractère assez spécial. Cette douleur occupe surtout la partie postérieure de la tête, la nuque, et est, en cela, bien différente des céphalées des hystériques ou des neurasthéniques, qui siègent surtout aux régions frontales et au sommet de la tête. Elle souffre bien quelquefois dans ces régions, mais la douleur permanente et les irradiations paroxystiques sont toujours franchement occipitales. Remarquons en passant que cette céphalée n'a pas habituellement d'exacerbations nocturnes, ce qui la distingue des céphalées syphilitiques.

Accompagnant ces phénomènes, existent des douleurs irradiées aux deux membres inférieurs, se montrant dans la continuité des deux jambes, douleurs aux allures brusques, très variables d'intensité et de durée, ayant leur maximum au-dessous des genoux et au cou de pied, affectant même parfois le caractère fulgurant comme les douleurs des ataxiques, et ce qui montre bien leur origine nerveuse, c'est qu'elles ne sont exagérées par la marche.

Quand on fait lever la malade, on constate aisément qu'on n'est pas en présence d'une ataxique : la démarche cependant est hésitante avec même un peu de titubation; mais la peine que la malade éprouve à se conduire est due surtout à l'affaiblissement de la vue, car il n'y a ni signe de Romberg, ni atrophie musculaire et, bien au contraire, le malade possède l'intégrité de ses forces, n'a nullement maigri, et présente encore un certain embonpoint.

Cette femme se plaint en même temps d'une insomnie très pénible, quelquefois de sueurs nocturnes, et d'une dépression générale assez accentuée.

L'examen des viscères n'apprend rien d'anormal dans leur fonctionnement, le cœur paraît sain sans tachycardie ni arythmie, le pouls est bon, les poumons paraissent intacts, et les digestions sont faciles.

En face des accidents présentés par cette malade, plusieurs hypothèses pouvaient être émises; s'agissait-il d'une affection initiale de l'œil? Bien qu'il n'existât ni signes de glaucome, ni irido-choroïdite, affection toujours douloureuse, on pouvait penser à une maladie du fond de l'œil; aussi nous avons prié notre ami, M. le Dr Parinaud de faire l'examen ophtalmoscopique. M. Parinaud nous a confirmé dans l'idée qu'il n'existait aucune maladie du fond de l'œil; il a seulement constaté des lésions de myopie progressive avec un peu de staphylôme postérieur de la papille sans hémorragie, ni atrophie, sans œdème comme dans les méningites ou les tumeurs cérébrales. On peut donc éliminer d'emblée l'idée du tabes qui n'a pour lui que l'existence de vagues douleurs fulgurantes. La présence des reflexes rotuliens et l'absence de signe de Westphall éloigne encore l'idée de cette affection.

D'autre part, l'hypothèse d'une tumeur cérébrale est à rejeter malgré la fixité de la céphalée accusée par la malade; il n'existe, en effet, aucun des autres signes de tumeur, ni vomissements, ni vertiges, ni convulsions, ni paralysies limitées; enfin, l'examen ophtalmoscopique a

(1) Leçon rédigée par M. Jean Hallé, Interne du service.

Digitized by Google

montré qu'il n'existait pas d'œdème papillaire si fréquent dans les tumeurs cérébrales.

Il est difficile de penser à de simples troubles hystériques : l'absence d'accidents nerveux antérieurs, d'anesthésie, d'hyperesthésie, d'aucuns stigmates hystériques font rejeter immédiatement cette hypothèse.

L'examen des urines, en permettant de constater la présence du sucre, montre de suite qu'il s'agit d'une diabétique; mais, c'est un diabète un peu particulier dans lequel manquent les signes habituels de la maladie : il n'existe en effet ici ni polyphagie, ni polydipsie. Si la malade a uriné 3 à 4 litres, il y a quelques mois, le taux actuel des urines s'élève à peine au-dessus de la normale, elle n'urine guère que 2 litres par jour, et il aurait été facile de passer à côté du diabète si nous n'avions pas l'habitude de rechercher le sucre dans les urines de tous les entrants. Actuellement, l'analyse quantitative montre une quantité moyenne de sucre, 43 grammes par 24 heures.

Il était intéressant de rechercher comment cette femme était entrée dans le diabète et il est difficile de préciser le moment du début de sa glycosurie. En cela, elle ressemble beaucoup aux malades de la ville qui urinent du sucre longtemps avant d'avoir des accidents. Cette femme, en effet, a toujours eu une excellente santé, elle a quatre enfants bien portants. Depuis quatre ans elle n'est plus réglée, mais elle n'a présenté aucun accident grave au moment de la ménopause. Il y a dix-huit mois, elle a commencé à s'apercevoir de déformations des doigts qui persistent encore aujourd'hui et qui sont bien dans la note générale arthritique de cette malade. Elle a, en effet, des nodosités d'Heberden abso- lument typiques à presque toutes les dernières phalanges des doigts. Sans entrer dans la description de ces nodosités que vous connaissez tous, je vous rappellerai cependant que, pendant longtemps, on a agité la question de savoir s'il fallait rattacher ces excroissances à la goutte ou au rhumatisme chronique. Charcot les range dans le rhumatisme. Dans l'article que j'ai consacré à la goutte dans le dictionnaire de Dechambre, j'avais cru devoir en faire une manifestation de la goutte. M. le professeur Potain vient de confirmer cette notion par des recherches radiographiques. Tandis que les sels calcaires et le tissu fibreux du rhumatisme donnent lieu sur les plaques sensibles à des opacités presque complètes, les incrustations d'urate de soude de la goutte se laissent facilement traverser par les rayons X et donnent lieu à des taches claires sur la photographie. C'est justement ce dernier cas qui se présente pour les nodosités d'Heberden, confirmant ainsi la nature goutteuse de ces mêmes nodosités, fait que j'avais naguère avancé. Notre malade est donc une goutteuse ; en même temps que les doigts se déformaient, elle a commencé à souffrir de maux de tête et d'un peu d'exagération de la soif, phénomène qui a disparu aujourd'hui. En mars 1896, nous trouvons dans son histoire une attaque apoplectiforme survenue brusquement et qui a été le premier accident ayant fait penser à la présence du sucre dans l'urine. Cette attaque, venue brusquement, accompagnée de perte de connaissance pendant environ deux heures, ne fut pas suivie de paralysie secondaire; le médecin appelé fit appliquer des sangsues derrière les oreilles et, lorsqu'il apprit les antécédents de la malade, il examina les urines qui renfermaient à cette époque beaucoup plus de sucre qu'aujourd'hui. Il existait alors 67 grammes de sucre par litre. A la suite de cette attaque, grâce à un régime approprié, la malade revint à un état de santé assez bon, lorsqu'en novembre dernier, elle eut une nouvelle attaque apoplectiforme avec perte de connaissance, à la suite de laquelle elle resta dans l'état d'affaiblissement général qu'elle présente encore aujourd'hui. A cette date remontent la céphalée occipitale si spéciale que nous avons décrite, les douleurs de jambe, les fourmillements et les douleurs fulgurantes.

Les attaques apoplectiformes présentées par cette malade soulèvent une question très délicate d'interprétation. Le diabète, dans ces cas, est-il la cause ou la conséquence des abcès apoplectiformes ? On sait qu'à la suite d'ictus la glycosurie peut se montrer de même que l'albuminurie, mais ces glycosuries consécutives aux accès apoplectiformes ont ce caractère d'être toujours passagères ; de plus, jamais le sucre n'atteint dans ces cas, la proportion considérable que présentait alors cette malade. Les tumeurs du quatrième ventricule qui s'accompagnent de glycosurie ne donnent jamais lieu à un diabète véritable, mais à une glycosurie passagère ; aussi les acccidents apoplectiformes des diabétiques doivent-ils être considérés comme la conséquence et non comme la cause du diabète.

Cette question des accidents apoplectiformes au cours du diabète est toujours d'interprétation délicate et, au point de vue du pronostic clinique, elle offre souvent de grandes difficultés.

Il y a d'abord les crises apoplectiques qui, chez les diabétiques comme chez les autres malades, peuvent dépendre de lésions artérielles banales. L'endartérite, l'hémorragie cérébrale, le ramollissement par thrombose se rencontrent fréquemment chez les glycosuriques, qui, à un certain âge, sont, pour la plupart, des artérioscléreux. Il y a longtemps que Charcot et Lasègue ont signalé cette coïncidence. L'examen attentif du système vasculaire, du cœur et les commémoratifs suffisent en pareil cas le plus ordinairement à établir le diagnostic.

Mais il faut bien savoir qu'à côté de ces faits qui rentrent dans la pathologie commune à toutes les personnes âgées, il y a des cas où le diabète intervient seul dans la genèse de ces attaques apoplectiformes, lesquelles éclatent en apparence sans motif, et ne paraissent pas en rapport à des lésions bien définies des vaisseaux cérébraux.

Le plus souvent, c'est au cours de diabètes confirmés que l'attaque se déclare ; parfois même elle en est l'épi-

Digitized by Google

sode terminal. Mais il y a des cas encore plus insidieux : ce sont ceux où l'attaque se montre au début de la maladie, à une période où le malade et son entourage ignorent l'existence du diabète. Mon collègue M. Féré a signalé des faits de ce genre, où l'apoplexie avait été la première manifestation révélatrice d'un diabète latent.

L'histoire de ces accès apoplectiformes est calquée sur celle des ictus qui frappent les hystériques. Comme eux, ils sont toujours imprévus et soudains, rarement précédés de céphalée et de troubles cérébraux, quelquefois accompagnées d'une aura motrice, sensitive ou sensorielle; tantôt passagers et fugitifs, tantôt laissant le malade dans un état comateux plus ou moins persistant : très souvent, enfin, entraînant à leur suite des paralysies, d'aspect et de durée variables.

L'hémiplégie en est le type le plus habituel, mais on a signalé aussi des monoplégies, des paralysies isolées d'un membre ou d'un segment de membre ; tous accidents limités comparables à ceux que détermine l'hystérie, et ne laissant pas de traces durables.

On peut assimiler, au point de vue pathogénique, ces paralysies fonctionnelles diabétiques à celles qui se produisent au cours de l'intoxication urémique et qui commencent à être connues cliniquement.

Une question intéressante sur laquelle nous croyons devoir insister spécialement est la relation pour nous évidente entre ces accès apoplectiques et la présence de la céphalée occipitale. Leudet, a le premier, insisté sur l'association de ces douleurs de la nuque avec les phénomènes d'amblyopie, et il avait soupçonné qu'il s'agissait de phénomènes centraux susceptibles d'être rattachés à des troubles vasculaires de l'encéphale. La présence de la céphalée occipitale chez notre malade coïncidant, d'une part, avec l'existence de crises apoplectiformes antérieures et surtout de phénomènes oculaires très notables, mérite, en effet, d'être signalée. Chez elle, les troubles oculaires ont quelque chose de particulier et ne ressemblent en rien aux désordres oculaires communs chez les diabétiques ; nous avons vu qu'il n'existait ni cataracte, ni irido-choroïdite, ni hémorragies rétiniennes et qu'on constatait seulement de la myopie ; aussi, en présence de la cécité presque totale de notre malade, M. le Dr Parinaud est-il d'avis qu'il faut rattacher à une cause centrale la perte de la vue. Il est donc probable ici que les centres optiques eux-mêmes sont atteints. Si l'on se rappelle que, depuis les recherches de Ferrier, on localise à la région occipitale le centre visuel cortical, ne sera-t-on pas frappé de voir la céphalée persistante dans la région occipitale coïncider chez notre malade avec la perte presque complète de la vision. Remarquez également, chez notre malade, les variations dans l'état de la vision : vous m'avez vu, tous les matins, mesurer le degré d'acuité visuelle de la malade, et vous avez pu constater qu'il était très variable. Ces alternatives de diminution ou d'augmentation des accidents oculaires ne rappellent-elles pas la marche instable des autres complications du diabète, ces paralysies passagères, qui ne sont certainement pas rattachables à des névrites, mais à des troubles fonctionnels du système nerveux ?

Du reste, il est impossible de rattacher à des lésions matérielles des nerfs périphériques, des phénomènes tels que ceux que présente notre malade, puisqu'il n'existe du côté de l'œil aucune atrophie du nerf optique ; du côté des membres inférieurs, aucun des signes habituels des névrites (absence de douleur à la pression, conservation des réflexes tendineux, absence de troubles de la sensibilité).

En résumé, nous constatons, chez cette femme, la présence d'un diabète d'intensité moyenne, au cours duquel les accidents nerveux sont prédominants, et nous retiendrons surtout de son histoire la présence d'accès apoplectiformes et d'une céphalée occipitale persistante en relation certaine avec une cécité presque absolue, sans lésions du fond de l'œil.

La deuxième malade dont je veux vous entretenir complètera, en quelque sorte, l'histoire des accidents cérébraux des diabétiques en vous montrant que ceux-ci peuvent présenter des allures très différentes. En la voyant tout d'abord, on ne se douterait pas être en présence d'une malade de 60 ans, et surtout d'une diabétique. C'est une forte femme originaire du Midi, employée depuis de longues années comme baigneuse à l'hôpital des Enfants-Malades ; elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'un rhumatisme assez aigu, il y a 15 ans. Comme chez la précédente malade, il est impossible de préciser la date du début de son diabète. En mars 1896, à la suite d'une piqûre au doigt, elle eut un panaris d'aspect gangréneux qui fit rechercher, par hasard, le sucre dans ses urines, et l'on trouva, à ce moment, 60 gr. de sucre par litre. Il n'existait alors presque aucun symptôme : elle fut mise cependant à un régime approprié et, après un séjour à la campagne, revint prendre son service à l'hôpital. Elle a dû le quitter récemment et entrer dans notre salle pour des accidents psychiques et des phénomènes douloureux qu'on doit rattacher à son diabète. L'état mental de cette femme est, en effet, profondément modifié ; elle est, à la fois, agitée et déprimée, apathique et inquiète, inapte au travail, et désireuse de reprendre son service ; elle dort à peine la nuit, tourmentée par des cauchemars. En même temps, elle est devenue irascible et refuse de suivre les traitements qu'on lui prescrit. Elle est actuellement, malgré sa belle apparence de santé, tellement hors d'état depuis quelque temps de faire son service à l'hôpital qu'il est question pour elle de la mettre à la retraite. Elle a de plus des idées fixes, le dégoût complet de certains aliments, comme le vin ; elle accuse des douleurs vagues dans la poitrine, au creux épigastrique où elle a des sensations de brûlures. Sa soif est très modérée ; elle émet peu d'urine, 1500 gr. en 24 heures. Le contact de l'urine détermine chez elle des sensations de chaleur et de prurit extrêmes, sans cependant qu'elle présente au niveau des parties génitales ni eczéma, ni in-

Digitized by Google

tertrigo. Les réflexes rotuliens non seulement existent, mais ne sont même pas diminués. L'examen complet des viscères en montre l'intégrité absolue. Elle a demandé surtout son admission dans notre service pour un point de côté dont la cause ne se retrouve ni dans le poumon, ni dans la plèvre ; elle présente, en effet, ces phénomènes névralgiques assez communs dans le diabète, sur lesquels Lasègue et Legrand du Saulle ont attiré l'attention.

Ces névralgies ont bien le caractère de douleurs d'origine centrale, elles coincident avec l'intégrité des organes sous-jacents ; la douleur ne siège pas au point classique des névralgies intercostales, c'est plutôt une hyperesthésie diffuse de tout le côté du thorax ; souvent même, ces phénomènes douloureux chez certains malades présentent une symétrie remarquable, ce qui en indique l'origine centrale. Worms et Peter avaient déjà remarqué ce fait.

Si nous voulions compléter l'histoire des accidents nerveux d'origine centrale du diabète, nous aurions encore à parler des phénomènes qui se montrent souvent du côté du cœur. Ils affectent souvent la forme de palpitations ou de crises pseudo-angineuses (Vergely). Je rapporterai à ce sujet le cas suivant qui montre combien il est important de connaître la possibilité et la gravité de tels accidents.

Je fus appelé une fois, en toute hâte, en province, par un confrère malade ; il avait été pris subitement d'accidents extrêmement graves caractérisés par des palpitations intolérables accompagnées d'une cyanose extrême et de tous les signes d'une sorte d'asystolie subite. Le tout s'était fait en quelques heures, sans cause connue. En arrivant chez lui, tous les accidents avaient disparu, et mon confrère s'excusa du dérangement qu'il me causait bien inutilement, me racontant qu'il avait failli mourir d'accidents qu'il ne s'expliquait nullement. Je l'examinai cependant et, sachant qu'il était diabétique depuis déjà plusieurs années, je fis quelques restrictions à sa famille sur le pronostic de la crise qui s'était passée la veille. Le lendemain, de retour à Paris, j'appris par une lettre que le malade avait été pris subitement dans la soirée de dyspnée paroxystique et qu'il avait succombé en quelques instants.

D'autres fois, les accidents cardiaques se montrent sous la forme d'une tachycardie intermittente, Panas a signalé des cas où cette tachycardie s'accompagnait de phénomènes identiques au goitre exophtalmique et imputables au diabète. Lécorché a signalé chez les diabétiques des crises gastralgiques intenses rappelant les crises gastriques du tabes s'accompagnant de constriction du thorax et de douleurs en ceinture.

Enfin, nous ne pouvons entrer ici dans l'analyse des troubles psychiques des diabétiques, mais nous remarquerons que c'est dans les diabètes des goutteux, des arthritiques, que ces phénomènes nerveux que nous venons de signaler se montrent de préférence chez les sujets appartenant à des familles où la névropathie, et la goutte sont héréditaires.

Si nous revenons maintenant au pronostic des accidents chez nos deux malades, nous croyons qu'il serait téméraire de nous avancer beaucoup. Chez notre première malade, que deviendra la cécité ? Elle est évidemment curable, mais, malgré l'absence de lésions dégénératives du nerf optique, la vue menace de s'affaiblir, du fait seul de la myopie ; de plus, la malade est sous le coup de crises d'apoplexie nouvelles; elle est de celles qui peuvent tomber dans le coma diabétique. Le pronostic nous semble donc chez elle plus sérieux que pour notre seconde malade.

Au point de vue thérapeutique il est absolument indiqué d'éloigner toutes les causes possibles de congestion ; aussi croyons-nous que l'opium est ici à éviter absolument; nous en dirons autant du café et du thé. Nous avons tenté chez elle l'administration de quelques pilules de bleu de méthylène, pour apprécier l'état de sa perméabilité rénale, suivant la méthode si ingénieuse de M. Achard, et aussi, parce que cette médication a été préconisée dans le diabète par M. Maire. Nous croyons fermement avoir plutôt nui à notre malade par ce traitement, malgré la dose relativement faible de 40 à 50 centigrammes par jour que nous avons employée. En effet, le 27 mai dernier, au cours de ce traitement, elle a eu subitement un nouvel accident apoplectiforme avec perte subite de connaissance et la vue restait encore complètement abolie le lendemain. Nous croyons, par contre, qu'il est absolument indiqué d'agir, dans la mesure du possible, sur les centres nerveux. Chez notre malade la glycosurie n'est pas le danger le plus redoutable : aussi ne lui avons-nous prescrit aucun régime spécial ; par contre, nous croyons indiqué de faire de la révulsion sur la nuque par le vésicatoire, les sangsues, et administrer comme médicament de choix le bromure de potassium ou la valériane et l'antipyrine.

Chez notre seconde malade, l'administration d'un peu de valériane et de douches froides sans prescription diététique ont suffi pour amener déjà une amélioration notable.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Du choix des diurétiques dans les hydropisies rénales

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

Le choix des diurétiques dans les hydropisies liées aux néphrites diffuses aiguës varie suivant que celles-ci sont indépendantes ou accompagnées de troubles cardio-asystoliques.

Tout au début de l'hydropisie dans une néphrite diffuse aiguë — qu'elle succède à un refroidissement, ou qu'elle se développe quinze jours, un mois après une scarlatine

Digitized by Google

(pour ne citer que les deux cas les plus habituels) — le cœur n'intervient pas dans la pathogénie de l'infiltration ; son volume est normal ; normal est son fonctionnement ; ce serait un non-sens d'instituer la médication digitalique, par exemple, en vue de guérir l'hydropisie qui n'en éprouverait pas le moindre amendement. A cette période franchement aiguë, nos diurétiques de choix sont le lait, le tanin, l'acide gallique. Diurétiques le tanin, l'acide gallique ? oui, je ne retire pas l'épithète ; dans le cas spécial des néphrites aiguës avec anasarque où les urines sont rares, colorées, parfois brunâtres ou hématiques, on voit la diurèse s'affirmer après le troisième ou le quatrième jour de leur administration et atteindre un chiffre de plus en plus élevé, se rapprochant — sans le dépasser — du chiffre physiologique. Et le tanin (à la dose quotidienne d'un à deux grammes) arrive à ce résultat diurétique, non pas, comme le pensait Duboué, en refaisant l'épithélium des tubes contournés, non pas en refaisant un nouvel épithélium qui rétablit les fonctions osmotiques plus ou moins longtemps interverties, mais tout simplement, d'une part — grâce à l'action astrictive qu'il exerce sur les fibres musculaires lisses des anses glomérulaires et des artérioles du rein — en décongestionnant les tissus interstitiels et parenchymateux de cet organe au travers desquels il est porté par le sang ; d'autre part — grâce aux combinaisons insolubles qu'il forme avec les matières mucoso-protéiques étalées à la surface des épithéliums rénaux malades — en desséchant, à la manière d'un anticatarrhal, le terrain sur lequel il arrive. Après une huitaine de jours, alors que l'inflammation interstitielle et parenchymateuse des reins a passé de l'état aigu à l'état subaigu, que la fièvre a rétrocédé d'une façon sensible ou est tombée, nous prescrivons, en même temps que le tanin ou l'acide gallique, un diurétique nervo-sécrétoire qui nous a constamment réussi dans l'anasarque de la néphrite scarlatineuse moins grave que la néphrite *a frigore*, et deux fois sur quatre dans l'anasarque de cette dernière, nous voulons parler de la théobromine (aux enfants de deux à cinq ans 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour ; à ceux de six à dix ans 1 gr. 50 à 2 grammes, en cachets de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 toutes les deux heures). On obtient de cette façon en deux, trois, quatre, cinq jours, 4 à 5 litres d'urine et l'anasarque décroît à vue d'œil.

Quand cette double médication — tanique et théobromique — n'arrive pas au succès espéré, soupçonnons une autre cause qui entretient les œdèmes : l'atonie de la fibre musculaire cardiaque. Peut-être va-t-on m'objecter que l'on a bien entendu parler de troubles cardiaques consécutifs au petit rein granuleux, mais que jamais on n'en a ouï dire mot à propos des néphrites diffuses aiguës. Lisez plutôt : j'ai assisté en 1875 à l'autopsie d'une fille de sept ans et demi dont la scarlatine s'était révélée le 14 juin par l'éruption classique et chez qui l'on notait très nettement le 1er juillet les signes de la dilatation asystolique du cœur avec 200 grammes d'urines albumineuses, couleur gris de fumée, et dépôt de globules blancs et rouges. L'anasarque était généralisée ; la mort survenait le lendemain par congestion et œdème pulmonaires. Or, les reins étaient fortement congestionnés ; la substance corticale présentait des traînées et des points rougeâtres correspondant aux glomérules et aux vaisseaux avant leur entrée dans la capsule de Müller : la néphrite aiguë était à la fois interstitielle et épithéliale ou intratubulaire ; les éléments du tissu conjonctif qui séparent les diverses sinuosités vasculaires des glomérules avaient proliféré tellement vite que le cœur n'avait point eu le temps de s'hypertrophier assez sérieusement pour triompher de l'obstruction partielle des 560,000 glomérules de chaque rein, et que, forcé, il s'était dilaté, comme en témoignaient à l'auscultation ses bruits faibles et précipités avec pouls petit, à la percussion l'augmentation de l'étendue de la matité précordiale, à l'autopsie l'ectasie marquée du ventricule droit dont le tissu était un peu gras. Il est évident que dans des cas pareils — et nous en avons rencontré plusieurs, non terminés par la mort, un, notamment, dans une néphrite *a frigore*, avec insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale contemporaine de la dilatation — on peut affirmer que l'œdème, primitivement dyscrasique, s'est compliqué d'œdème cardiaque, d'œdème par dilatation du cœur forcé consécutivement à sa lutte contre le rétrécissement inflammatoire du champ de la circulation dans les glomérules des reins. Aussi faut-il, à cette période bien précise que révèle une enquête clinique minutieuse, faire choix comme diurétique de l'infusion et de la macération de feuilles de digitale (0 gr. 10 à 0 gr. 20, pendant trois jours seulement, chez les enfants), sans avoir cure des inconvénients chimériques que la théorie lui impute. Seulement, il ne faut pas s'en servir si c'est l'hypertrophie — toutefois moins commune — que l'on constate aux lieu et place de la dilatation du cœur ; cette hypertrophie, principalement du cœur gauche, due, elle aussi, à la lutte de celui-ci contre les lésions inflammatoires péri-glomérulaires (mais contre des lésions à évolution moins rapide), se traduisant, du reste, par un pouls hypertendu, contre-indique absolument la digitale ; elle n'est pour rien dans la pathogénie de l'anasarque ; elle tend à disparaître spontanément au fur et à mesure que s'effacent les lésions rénales. Quand l'hydropisie coïncide avec elle, il est préférable de s'en tenir à la théobromine dont l'action diurétique s'exerce sans le secours des vaisseaux ni du cœur. Tels sont les moyens dont l'application opportune et raisonnée triomphe : ici de l'anasarque rénale proprement dite, là de l'anasarque réno-cardiaque des néphrites diffuses aiguës ; quand ils échouent, ce qui n'est que trop commun dans la forme *a frigore*, c'est que la lésion inflammatoire a passé franchement à l'état chronique, constituant ce qu'on appelle le gros rein blanc lisse.

Ce *gros rein blanc lisse*, on ne le guérit que bien rarement : il entraîne d'ordinaire la mort après six mois ou

Digitized by Google

un an ; mais on réussit, quand l'urgence s'en fait sentir, à diminuer (je ne dis pas à faire complètement disparaître) les œdèmes, l'anasarque qu'il provoque. A cet effet, l'indication cardio-tonique ne se présente presque jamais, le cœur étant moins souvent dilaté que dans les néphrites aiguës ou ayant déjà recouvré ses dimensions physiologiques qu'il avait perdues pendant la phase aiguë : de fait, on conçoit que les lésions épithéliales n'aient pas sur la musculature cardiaque le même retentissement *a tergo* que les lésions péri-glomérulaires. Nous ne devrons donc songer qu'exceptionnellement à la digitale; à l'irritante scille tant prônée cependant par Hirtz qui l'associait au tanin; au muguet; à l'adonis. Les diurétiques étant indiqués non seulement pour diminuer les hydropisies, — celles des séreuses surtout peuvent occasionner la mort — mais encore pour balayer (Hayem) les produits inflammatoires qui obstruent les tubes glandulaires et chasser les matières excrémentitielles accumulées dans le sang, auxquels devons-nous nous adresser? Le strophantus, la caféine, la diurétine, la théobromine, la lactose, les mercuriaux ont témoigné de leur impuissance. Sans savoir au juste pourquoi, nous avons souvent retiré de sérieux avantages de l'azotate de soude (2 à 5 gr.) que nous préférons à son congénère, l'azotate de potasse, parce qu'il est plus diurétique, et de l'acétate de potasse, diurétique fidèle aux doses d'emblée, par litre de tisane, de 4 à 5 grammes qu'il faut, sans redouter la potassiémie, porter peu à peu à 15, 20 grammes (alors la diurèse est considérable). Nous alternons avec les infusions recommandées par Rayer : celle de sommités fleuries de genêt (15 gr. pour un demi-litre d'eau), ou celle de racine fraîche de raifort (30 à 60 gr. pour deux litres) parfois mal supportée par l'estomac, ou avec l'infusion à la fois diurétique, diaphorétique et purgative de seconde écorce fraîche de sureau (100 gr. par litre) remise récemment en honneur par Lemoine. On obtient ainsi deux litres, deux litres et demi d'urine dans les vingt-quatre heures et l'hydropisie décroît sensiblement, prête à reparaître, il est vrai, quand on cesse l'une ou l'autre médication. Dans les circonstances désespérées, alors que les moyens précédents ne produisent pas la désinfiltration, on est autorisé à formuler la teinture de cantharides (IV à LX gouttes) sous l'influence de laquelle on a pu voir les urines tripler de volume (on peut la remplacer par des injections sous-cutanées du liquide de Liebreich, cantharidate de potasse, à la dose de 1 à 2/10 de milligramme), ou les préparations de colchique qui procurent simultanément et de fréquentes mictions et d'abondantes évacuations alvines : teinture de semences (5 gr. par jour pendant trois jours) ou extrait acétique de bulbes frais de colchique (0 gr. 05 à 0 gr. 15 deux ou trois fois par jour). T. Grainger Stewart déclare que l'établissement de la débâcle urinaire sans la disparition de l'hydropisie est une preuve de la dégénérescence amyloïde compliquant la néphrite parenchymateuse et un signe pronostic du plus mauvais augure.

Circonscrits le plus souvent aux malléoles, les œdèmes qui accompagnent le *petit rein granuleux*, ou, plus exactement, l'artério-sclérose plus ou moins généralisée dans la première période de sa longue évolution sont insignifiants ; cela tient à ce que le cœur, hypertrophié de bonne heure, fait passer à travers les reins sous une forte pression une grande quantité d'eau, bien supérieure à celle qu'il élimine physiologiquement (polyurie). Tant que l'on perçoit le bruit de galop et le claquement des valvules sigmoïdes, qui témoignent de l'exagération de tension dans le système artériel, l'anasarque ne survient pas. Elle ne s'installe que quand le cœur, forcé, incapable de lutter plus longtemps contre les mille obstacles qu'il rencontre dans les glomérules, se dilate, devient asystolique : ceux qui (et ils n'ont pas toujours tort) redoutent pour les scléreux l'action artério-tensive de la digitale peuvent se rabattre sur l'infusion de tiges ou de feuilles (4 à 8 gr.) d'adonis vernalis dont nous avons noté après quelques jours la puissante efficacité dans des œdèmes brightiques très inquiétants. En cas d'échec, on ne regardera la partie comme irrémédiablement perdue qu'après avoir encore essayé les diurétiques nervo-sécrétoires (injections de caféine, fortes doses de théobromine) qui ont moins de chances de succès que dans le rein cardiaque.

## Formulaire du Praticien

### Comment traiter les abcès chauds de la marge de l'anus ?

Il n'est pas en chirurgie de question qui n'ait son importance ; c'est ainsi que le traitement des abcès chauds de la marge de l'anus, si simple en apparence, ne laisse pas que d'offrir en pratique quelques points méritant d'être signalés. Le gros danger de ces sortes d'abcès est la tendance qu'ils ont, une fois ouverts spontanément ou non, à se cicatriser lentement et à déterminer ainsi la formation d'une fistule. Gosselin disait : « L'abcès une fois ouvert, il n'est aucun moyen qui puisse empêcher la terminaison par fistule ». Il est aujourd'hui permis d'être moins pessimiste et de penser qu'en surveillant attentivement la lésion à son début, en empêchant son ouverture spontanée, en l'incisant à temps et suivant certaines règles, en pansant la plaie de façon convenable, on peut éviter les ennuis d'une telle complication.

Tout d'abord, *à quel moment doit-on inciser un abcès ano-marginal*? La réponse est simple : l'intervention doit être précoce et se pratiquer au premier signe de fluctuation. Nous voulons dire qu'on doit éviter d'attendre, pour agir, la formation d'une tumeur grosse, rouge, douloureuse et dans laquelle la présence du pus est incontestable. L'intervention, à cette époque, est déjà tardive ; la fluctuation ne doit pas être évidente ; il faut la dépister, alors qu'il n'y a encore qu'une faible quantité de pus, et

Digitized by Google

cela très facilement à l'aide de deux doigts placés l'un dans le rectum, l'autre sur la peau. La présence constatée du pus règle le moment de l'intervention.

*Comment faut-il opérer?* La veille de l'opération, on administrera au malade un lavement, destiné à faire l'antisepsie intestinale. Le jour même de l'intervention, ainsi que les trois jours qui la suivront, on donnera au contraire une pilule d'extrait thébaïque de cinq centigrammes, destinée à amener la constipation et empêcher la contamination par les matières d'un plaie qu'on veut maintenir propre; puis la région rasée, nettoyée, lavée antiseptiquement, on pratiquera l'incision. Or, la plupart des auteurs conseillent de faire cette incision parallèle aux fibres radiées de l'anus; c'est là une faute opératoire; en agissant ainsi, on favorise l'écartement naturel des lèvres de la plaie, on retarde sa fermeture et l'on court, par le fait, au devant d'une fistulisation. L'incision doit être *perpendiculaire aux fibres radiées de l'anus* suivant la pratique déjà ancienne de M. Delbet; elle doit être large, c'est-à-dire déborder latéralement les limites de la plaie, et profonde.

Il reste à *cureter* le foyer; mais, auparavant, on fera un lavage à haute pression de la cavité, à l'aide d'une solution de permanganate de potasse au 1/1000, à laquelle on mélange une solution à 1/50 de chlorhydrate de cocaïne. Au bout de 2 à 3 minutes, le foyer est superficiellement détergé et l'anesthésie suffisante pour qu'on puisse donner, doucement et sans trop enfoncer, quelques coups d'une curette fine. Un tampon iodoformé sera placé dans le rectum, puis une lanière de gaze antiseptique étant introduite *lâchement* dans la plaie, on terminera le pansement comme d'ordinaire, par l'application d'un bandage en T. Il est nécessaire de refaire le pansement tous les jours, en nettoyant la cavité à l'eau oxygénée, par exemple, qui nous a semblé donner dans ces cas de bons résultats et en enfonçant de moins en moins chaque jour la mèche de gaze antiseptique. On aura ainsi toutes chances d'obtenir en peu de jours une cicatrice solide et de s'opposer à la formation d'une fistule, le gros danger des abcès chauds de la région anale. — Dr L. Flœrsheim.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Le cancer du poumon.** — Le diagnostic de cette affection peut être établi à l'aide des signes suivants: on constate l'existence de foyers d'hépatisation; on note de l'irritation bronchique et pleurale qui donne lieu à de la toux et à de l'expectoration; souvent il survient un épanchement pleural soit séreux, hémorragique ou purulent. Les troncs nerveux et vasculaires du thorax peuvent être comprimés. La cachexie générale forme le fond du tableau. M. Hampeln (de Riga) vient d'étudier les caractères de l'expectoration. (*Zeitschrift f. Klin. Med.*)

Souvent elle est sanguinolente; le sang peut apparaître d'une façon très fugace, ou persister pendant des mois. Israël a suivi un malade chez lequel l'hémoptysie dura neuf mois, et Hampeln cite un malade qui expectora durant deux mois des crachats rouge brunâtres et gélatineux, avant de succomber. Comme la tuberculose ne débute plus guère à l'âge où l'on devient cancéreux, cette hémoptysie peut mettre sur la piste du diagnostic, surtout en l'absence de bacilles. Quoique le cancer ne soit pas caractérisé par une cellule-type, la présence d'amas cellulaires qui diffèrent de ceux qu'on rencontre à l'état normal dans la bouche, dans le pharynx et dans les voies respiratoires, permet d'affirmer la présence d'une néoplasie. Mais il faut d'habitude un grand nombre d'examens pour amener une pareille découverte. L'auteur ne parle pas de la syphilis du poumon qui peut aussi être confondue avec le cancer et qui n'est pas si rare qu'on le croit généralement. — Bn.

**La colite sous muqueuse circonscrite.** — Cette affection, plus connue sous le nom de péricolite, a été étudiée en Allemagne par Windscheid et par Eisenlohr (1890), lequel a publié l'unique autopsie que nous possédions. La maladie est caractérisée par un exsudat qui se forme entre la muqueuse et entre le péritoine du colon, au dépens de la couche sous-muqueuse. Cliniquement, elle débute par des nausées ou des vomissements, de la constipation et par une douleur localisée à un endroit quelconque sur le parcours du gros intestin. Le ventre se balonne, la fièvre s'allume, le facies se grippe. A la palpation, on constate une résistance plus ou moins bien délimitée au niveau de l'endroit douloureux, la tumeur peut être allongée dans le sens du trajet du colon. A moins que l'exsudat ne devienne purulent, la fièvre tombe au bout de quelques jours, les symptômes diminuent progressivement, et au bout d'un mois à six semaines, les malades sont rétablis. Souvent, il persiste un peu d'empâtement autour de l'endroit qui a été malade.

Pal vient de publier huit observations de cette maladie (*Wiener Klinische Wochenschrift*). Tous les sujets atteints étaient des femmes. Quatre fois la péricolite siégeait au niveau du colon ascendant, une fois au colon descendant, deux fois au colon transverse; la dernière malade était d'abord atteinte au coude gauche du colon, et fut reprise un mois après la guérison d'une nouvelle attaque à la portion ascendante. Toutes guérirent par l'application d'une vessie de glace et par des irrigations intestinales, sauf une patiente chez laquelle il se forma un abcès péricolique; il fut incisé, le pus d'odeur fécale fut évacué, et la guérison survint rapidement.

Quelle est la pathogénie de cette affection? Aucune des malades de Pal n'était une constipée chronique, et l'origine stercorale n'est donc pas probable; l'hypothèse d'une infection de la sous-muqueuse par une solution de continuité dans la muqueuse n'est pas plus vraisemblable: on sait que les ulcérations typhiques, tuberculeuses, dysentériques ne donnent pas naissance à des péricolites, mais à de l'auto-intoxication; nous ne pouvons pas non plus parler d'une péritonite localisée: dans le seul cas suivi d'autopsie (Eisenlohr), l'exsudat était sous péritonéal, et avait envahi le mésocolon (paracolite). Pal conclut donc que « la colite localisée primitive est une infiltration de la sous-muqueuse; elle aboutit à la fonte des éléments et peut aboutir à la formation d'un abcès; l'abcès peut se vider dans l'intestin ou peut être résorbé. » La possibilité d'une infection par des microbes intestinaux à virulence exaltée ne peut pas être niée; elle se produit aux endroits où les matières stagnent, aux coudes et dans la portion ascendante du colon. La typhlite d'origine non appendiculaire peut se produire de la même façon, et cette pathogénie mérite d'être signalée à ce moment où la question de l'appendicite est toute d'actualité. — Bn.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## RHINOLOGIE

**Des adénoïdites.** — La grande analogie qui existe histologiquement entre les tonsilles et le tissu adénoïde du rhino-pharynx est attestée par le nom d'amygdale pharyngée donné à ce dernier lorsqu'il est hypertrophié. Il faut savoir en effet qu'à l'état normal, la paroi postérieure du pharynx et du rhino-pharynx est plane et parfaitement lisse : le tissu adénoïde n'existe que dans l'épaisseur de la muqueuse et ne fait nulle saillie appréciable au toucher : l'amygdale pharyngée est alors virtuelle. Elle ne devient réelle que lorsque le tissu adénoïde s'hypertrophie au point de former un véritable néoplasme.

Cette petite restriction admise, il faut convenir que le nom d'amygdale pharyngée est bien donné, l'analogie très réelle histologiquement peut encore être nettement constatée dans le domaine pathologique. Il existe en effet des adénoïdites à mettre en parallèle avec les amygdalites.

Les adénoïdites ont été étudiées dans ces derniers temps : nous ne citerons que le mémoire de Helme, qui met bien au point cette question, déjà étudiée par plusieurs spécialistes.

L'adénoïdite frappe le plus souvent les enfants : elle atteint cependant quelquefois les adultes. On distingue deux cas : ou le malade était porteur de végétations adénoïdes et le processus inflammatoire a envahi le tissu lymphoïde déjà hypertrophié — c'est le cas le plus fréquent — ou bien, l'adénoïdite est primitive et, cette affection terminée, le malade sera complètement guéri.

Dans ces deux cas, l'adénoïdite affecte l'allure d'une maladie générale, fébrile, infectieuse, au même titre que l'amygdalite aiguë.

Il est facile de constater que le rhino-pharynx est une région exposée : c'est un carrefour; l'air extérieur y arrive par les fosses nasales et il communique largement avec la cavité buccale. Mais cette région exposée est suffisamment défendue par sa muqueuse douée d'un épithélium vibratile et de nombreux corpuscules lymphoïdes. Le plus souvent, l'infection frappe le rhino-pharynx lorsque celui-ci est déjà le siège d'une hypertrophie adénoïde, car cette lésion constitue une cause de moindre résistance : d'autres fois, les agents infectieux se montrent assez puissants pour forcer les barrières physiologiques naturelles.

Comme causes de l'adénoïdite, on cite le *coryza*, l'*amygdalite*, une *éruption dentaire*, etc. ; en somme, on constate souvent la propagation au cavum pharyngé d'une inflammation voisine ; souvent, la source de l'adénoïdite reste obscure.

Les symptômes de l'affection sont nets. Les phénomènes généraux occupent d'abord l'attention. La température peut s'élever à 39° ou même 40° ; mais cette fièvre n'existe ordinairement que tout à fait au début, et la période d'état, sauf complications, ne dure guère au delà de deux ou trois jours.

On se rend bientôt compte que le siège de l'affection est dans la gorge, ou mieux, dans le rhino-pharynx. On constate les symptômes classiques des végétations adénoïdes, mais à un haut degré : la respiration nasale est complètement abolie et la respiration buccale s'installe avec ses multiples inconvénients. Le plus souvent, la maladie frappe un enfant porteur de végétations adénoïdes, et les troubles qu'il présentait déjà sont notablement augmentés. De plus, les malades exhalent une odeur forte et désagréable.

Les ganglions du cou — en particulier les ganglions sous-maxillaires — sont atteints par l'adénoïdite ; tous les observateurs ont noté leur gonflement. Ce fait semble rattacher l'adénoïdite à la fièvre ganglionnaire décrite par Pfeiffer et étudiée par Comby ; peut-être la maladie adénoïdienne est elle souvent le point de départ de la fièvre ganglionnaire. L'état local ne se prolonge guère au delà d'une semaine, puis tout rentre dans l'ordre : ou bien le cavum pharyngé retrouve son aspect normal, ou bien — le plus souvent — un certain degré de respiration nasale se rétablit car les végétations ont perdu leur gonflement inflammatoire, mais elles n'en persistent pas moins à obstruer l'arrière-nez. Bien souvent, l'adénoïdite appelle l'attention sur la région et y fait découvrir les tumeurs adénoïdes.

A côté des symptômes que nous venons d'énumérer, l'adénoïdite peut donner naissance à des complications sérieuses. En premier lieu, on doit redouter l'otite. La trompe d'Eustache, béante dans le rhino-pharynx, est toujours prête à servir d'intermédiaire entre l'infection pharyngée et l'oreille.

Si les troubles anoxyhémiques imputables à l'obstruction nasale n'ont guère le temps nécessaire pour se développer, il faut penser aux affections diverses qui peuvent frapper la trachée et les bronches, du fait d'une respiration exclusivement buccale. On sait que dans ces conditions l'air n'est plus ni filtré, ni réchauffé, ni humecté par les fosses nasales ; de là, des conditions de nocivité à l'égard de la muqueuse aérienne.

Le traitement de l'adénoïdite sera purement médical ; l'ablation des végétations enflammées est naturellement contre-indiquée.

On prescrira le repos au lit ou à la chambre ; une alimentation légère. Le traitement local consistera en quelques prises d'aristol ou de tout autre poudre antiseptique, ou l'instillation d'une ou deux gouttes d'huile mentholée à 1 pour 30 ou 40 dans chaque narine, la tête de l'enfant étant renversée en arrière.

| | |
|---|---|
| Huile d'amandes douces..... | 10 grammes |
| Menthol..... | 0 gr. 25 |

Digitized by Google

# JUGEMENT RENDU CONTRE LE Dr LAPORTE

Nous avions d'abord dit que nous ne voulions pas faire ı jugement qui a condamné le Dr Laporte à trois mois ɔ prison, l'honneur de l'insérer dans les colonnes de ɔtre journal. Quelques-uns de nos lecteurs nous font ımarquer qu'il serait préférable de le reproduire en ıtier, afin que ce document puisse rester... Ils ont raison, : nous le publions, quoique tardivement. Nous avons pris ɔin de numéroter tous les « attendus » au nombre de 43, : nous appelons particulièrement l'attention sur les nos 4, , 9, 11, 12, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 34, 43.

Allons, chers confrères, continuez à vous dévouer pour ɔs malades indigents, cherchez à sauver de la mort de ıalheureuses femmes. C'est pour rien : 20 francs dont ɔus gratifie l'Assistance publique, et... trois mois de rison que vous octroie la correctionnelle (9e du nom), râce à son « indulgence ! » — Pauvres malades, et pauvres médecins !... Mais que les malades se rassurent : La erspective de quelques mois de prison et de la précieuse indulgence » de la correctionnelle ne fera qu'exciter le évouement des médecins. Plus que jamais, ils contiueront à exposer, non seulement leurs vies, mais encore ɔur liberté. Les jugements passent, et les dévouements estent.

Lisez donc cela, vous, ô mes confrères, qui n'avez pas ncore envoyé votre obole de *un à cinq francs*, en témoinage de sympathie pour le Dr Laporte, en témoignage **acré** de solidarité professionnelle. — H HUCHARD.

---

1. — Attendu que Laporte, qui a obtenu le diplôme de docteur n médecine en 1893 et qui avait vainement cherché à se créer ne clientèle dans le dix-septième arrondissement, s'est installé le er septembre 1897, boulevard de Charonne, n° 104 ;

2. — Attendu qu'ayant été agréé en 1895 comme médecin du ervice de nuit, il fut requis, dans la soirée du 11 septembre, de e rendre rue Courat, n° 32, chez la dame Fresquet, qui était epuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement et ont l'accouchement présentait des difficultés ;

3. — Attendu que Laporte s'étant muni d'un forceps — seul ıstrument qu'il possédât pour faire les opérations obstétricales — e présenta au domicile de la femme Fresquet qui avait déjà eu inq enfants et auprès de laquelle se trouvait une sage-femme, la emoiselle Maitrepierre ; qu'après examen, le docteur Laporte ıgea que l'application du forceps était nécessaire, application qui vait déjà eu lieu avec succès dans deux des couches de cette dame ;

4. — Attendu que la manière de procéder du médecin surprit ès le commencement les personnes présentes et leur inspira des outes sur sa compétence ; qu'il fut manifeste pour elles que le ıaniement du forceps ne lui était pas familier ; qu'il n'avait auıne notion de la position que devait avoir la patiente, dont il laisıit les jambes basses le long du lit ; que le mari et la dame Houert crurent même devoir intervenir pour lever et maintenir les ımbes pendant que l'opérateur appliquait le forceps et que la sageemme ne put s'empêcher de dire : « Nous sommes mal tombés » ;

5. — Attendu que trois applications du forceps furent faites, ıais sans résultat ; que les témoins présents à l'accouchement éposent du trouble, de l'agitation du prévenu qui, après l'inuccès du forceps, dit à plusieurs reprises : « Je suis au bout de ɔon rouleau. »

6. — Attendu qu'on lui proposa d'aller chercher un autre ıédecin pour l'assister ; qu'il se borna à répondre : « Attenıons » ; qu'il dit alors à la sage-femme : « Il n'y a plus qu'à perorer le crâne de l'enfant qui doit être mort » ;

7. — Attendu, qu'après avoir vérifié l'un et l'autre qu'on ne sentait plus les battements du cœur de l'enfant, Laporte se mit en devoir de pratiquer la craniotomie, mais qu'il n'avait aucun des instruments employés d'ordinaire pour cette opération ; qu'il essaya d'abord de se servir de la pointe de son forceps qui était trop courte ; qu'ayant demandé à Fresquet un instrument quelconque, celui-ci lui apporta sa boîte à outils dans laquelle Laporte prit d'abord un porte-étiquettes et un équarissoir qui ne lui parurent pas utilisables, puis une aiguille à matelas à bout pointu, aplati et recourbé, dont il crut pouvoir se servir ;

8. — Attendu que, sans l'aseptiser ni la tremper dans l'eau bouillante, il introduisit d'une main cette aiguille dans le vagin, se bornant de l'autre à écarter les lèvres des parties génitales de la patiente et chercha à plusieurs reprises à piquer le crâne de l'enfant ;

9. — Attendu qu'ayant retiré l'aiguille sans vérifier quel avait été le résultat de ces piqûres, Laporte prit alors dans la boîte à outils un ciseau à froid et un marteau, et qu'ayant appliqué le ciseau sur la tête de l'enfant qui, disait-il, avait la boîte crânienne dure, il frappa avec le marteau sur le ciseau ; mais qu'à ce moment Fresquet et la dame Houbert, émotionnés et outrés, intervinrent et lui arrachèrent le ciseau et le marteau des mains ;

10. — Attendu que, presque aussitôt, la femme Fresquet, cessant d'être sous l'action du chloroforme, fit un mouvement, une contraction ; que la tête de l'enfant parut à la vulve ; qu'elle fut signalée par Fresquet au médecin qui ne la voyait pas et qui, appliquant une dernière fois le forceps, ne tarda pas à retirer le corps.

11. — Attendu que le médecin se disposait à partir sans délivrer la femme, mais que la sage-femme, craignant une hémorragie, l'obligea à terminer son opération ;

12. — Attendu qu'aussitôt après, ayant fait quelques recommandations au sujet des soins à donner à la malade, il se retira et ne revint plus ;

13 — Attendu cependant que la dame Fresquet ne tarda pas à présenter les symptômes d'une maladie grave consécutive à l'accouchement ; que, visitée le lendemain par le docteur Ballouhey, son état fut jugé si sérieux que son transport immédiat à l'hôpital fut décidé, et qu'elle y mourut le 14 septembre à huit heures du matin ;

14. — Attendu que l'autopsie de l'enfant a révélé sur le pariétal droit une plaie et perforation ayant laissé s'écouler une petite quantité de matière cérébrale ;

15. — Attendu d'autre part, que l'autopsie de la dame Fresquet a conduit le médecin commis aux conclusions suivantes : « La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie. Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé » ;

16. — Attendu que l'expert ajoute que ces différentes lésions ont été reconnues exactes par l'inculpé au cours de l'autopsie à laquelle il assistait ;

17. — Attendu que ces conclusions sont confirmées par M. le Dr Maygrier, expert commis, qui a vu les pièces anatomiques et est d'accord avec son confrère pour déclarer que la double perforation de la vessie est le résultat de la piqûre d'un instrument pointu, comme l'aiguille à matelas saisie, qui a traversé la vessie pour atteindre le péritoine et déterminer ensuite une péritonite mortelle ;

18. — Attendu, il est vrai, que M. le Dr Pinard a contesté à l'audience ces constatations et conclusions ; qu'il estime qu'à raison du long travail de l'enfantement, les perforations de la vessie se sont probablement produites *spontanément* ; qu'elles peuvent aussi avoir été déterminées par des aiguilles osseuses ;

19. — Mais, attendu que les experts, tant dans leur déposition orale que dans une note complémentaire remise à l'audience pour préciser et justifier leur opinion, ont déclaré que l'examen minutieux des organes de la dame Fresquet ne permet pas de considérer les perforations constatées comme des ruptures spontanées ; qu'il est de plus impossible que les lésions de la vessie, à la place où elles se trouvaient, aient été causées par des aiguilles

Digitized by Google

osseuses qui d'ailleurs, dit le docteur Socquet, n'existaient pas dans le bassin ;

20. — Attendu que le tribunal, placé entre des constatations faites sur les organes et les conclusions qui en découlent, d'une part, et d'autre part, une argumentation basée sur des hypothèses, des conjectures et des raisons théoriques, ne peut hésiter à faire confiance aux premières émanant d'homme de l'art distingués et expérimentés, agissant en vertu d'un mandat de justice ;

21. — Attendu, qu'étant admis par le tribunal que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas dont s'est servi Laporte, il y a lieu d'examiner en droit et en fait si les procédés et opérations du prévenu, qui ont amené cette lésion dont la mort a été la conséquence, le rendent passible des dispositions de l'article 319 du Code pénal ;

22. — Attendu, en droit, que les termes généraux de cet article s'appliquent à toutes personnes, quels que soient leur art ou leur profession, par conséquent au médecin et à l'opérateur qui, dans l'exercice de sa fonction, se rend coupable de faits et de négligence graves ; qu'il est certain que les tribunaux doivent user avec prudence des pouvoirs que la loi leur confère ; que l'appréciation des théories, des opinions, des systèmes leur échappe, qu'ils ne peuvent se rendre juges du diagnostic, de l'opportunité d'une opération, du plus ou moins de dextérité avec laquelle elle est faite, de la valeur d'un procédé comparé à un autre, de l'opportunité de telle ou telle médication ; mais que leur action commence et s'exerce là où il y a de la part du médecin faute lourde, négligence, légèreté, impéritie ou ignorance des choses que tout homme de l'art doit nécessairement savoir ; que telle est la doctrine du procureur général Dupin dans le réquisitoire dont une partie a été lue à l'audience ;

23. — Attendu que le tribunal doit rechercher si des actes de cette nature sont imputables au docteur Laporte dans l'accouchement de la dame Fresquet ;

24. — Attendu, en fait, que Laporte, quoiqu'il se présentât aux habitants du quartier de Charonne comme accoucheur (il avait fait apposer à sa porte, ces mots « médecin accoucheur »), n'avait rien moins que des connaissances pratiques en la matière ; qu'en dehors des opérations de cette nature qu'il avait pu faire à l'hôpital alors qu'il était étudiant, il n'avait opéré depuis 1893 que deux accouchements ; que pour ceux-ci, l'application du forceps n'avait pas été nécessaire ;

25. — Attendu d'autre part, qu'il n'avait jamais fait la craniotomie, qu'ainsi, sa pratique des opérations obstétricales était presque nulle ;

26. — Attendu que son inexpérience s'est d'ailleurs accusée aux yeux de tous, notamment de la sage-femme, dès son arrivée chez la dame Fresquet ; que, sans parler de l'administration du chloroforme, qui paraît avoir été sans surveillance, la manière dont Laporte se servait du forceps, la position dans laquelle il laissait la parturiente, et qui a déterminé l'intervention du mari et de la dame Houbert, ont révélé qu'il n'avait aucune notion de ce qu'en pareille circonstance un médecin doit faire et savoir, et ont motivé les propos de la sage-femme relevés ci-dessus ;

27. — Attendu que l'incohérence, la maladresse des actes de Laporte et son excitation étaient telles que la demoiselle Maitrepierre crut devoir, à un moment donné, lui demander s'il était souffrant, et qu'après l'application infructueuse du forceps, il dut reconnaître qu'il était « au bout de son rouleau » ;

28. — Attendu que, dans ces conditions, se trouvant en présence d'une opération grave, la craniotomie, qu'il n'avait jamais faite, les instruments *ad hoc* lui manquant, il devait, ainsi que le lui conseillaient les personnes présentes, envoyer l'une d'elles chercher un autre médecin, ou tout au moins tenter d'en trouver un pour l'assister ; qu'en ne le faisant pas, il a commis une faute grave qui peut lui être reprochée pénalement ;

29. — Attendu, de plus, qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'une impéritie et d'une ignorance manifeste des choses que tout homme de l'art doit savoir ;

30. — Attendu, en effet, qu'il est élémentaire et enseigné par tous les traités sur la matière, que le chirurgien qui fait cette opération avec un instrument approprié, doit introduire sa main gauche dans le vagin, que les doigts doivent prendre contact avec la tête fœtale, autant que possible maintenue stable par la main d'un aide placée sur le ventre, et que le perforateur, tenu par la main droite de l'opérateur, doit être guidé et appuyé jusqu'à la place où il agira, sur les doigts indicateur et médius de la main gauche ; que, dans le cas où la tête de l'enfant est près de la vulve, on peut se dispenser d'introduire la main, mais que tout au moins les deux doigts indicateur et médius, doivent conduire et diriger l'instrument ;

31. — Attendu que cette manière de procéder, mise en pratique par tous les médecins accoucheurs, a pour but, non seulement d'assurer le succès de la perforation, mais encore de protéger les organes de la femme de toute déchirure ou rupture, que le défaut de direction de l'instrument amènerait presque fatalement ;

32. — Attendu que ces règles, prescrites et observées dans les opérations faites avec des instruments appropriés, sont encore plus impérieuses lorsque le praticien a en main, comme Laporte, un instrument, disent les experts, certainement défectueux, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa ténuité, et dont les échappées étaient à craindre ;

33. — Or, attendu que l'information et les débats ont recueilli les déclarations nettes, formelles, que rien ne peut faire suspecter des dames Houbert et Delanoé qui étaient auprès de la parturiente et qui déclarent formellement que lorsque Laporte a introduit l'aiguille à matelas, il ne l'a dirigée ni avec la main, ni avec les doigts ;

34. — Attendu que la demoiselle Maitrepierre dit, il est vrai, pour l'aiguille : « Il me semble qu'il a introduit un doigt, mais je ne puis l'affirmer », mais qu'elle explique que, placée en arrière de la dame Fresquet, dont elle maintenait la tête dans son bras, elle n'a pas bien pu voir ce qui se passait en avant ;

35. — Attendu qu'en admettant même cette déclaration, formulée à l'audience dans la forme la plus dubitative, et qui ne peut donc infirmer les déclarations précises des dames Houbert et Delanoé, le Dr Laporte n'aurait introduit qu'un doigt pour diriger l'aiguille, ce qui est manifestement insuffisant et inopérant pour l'empêcher de glisser à droite ou à gauche sur les organes de la femme ;

36. — Attendu, au surplus, que les déclarations du docteur Laporte à l'instruction constituent sur ce point des aveux de sa faute ; qu'en effet, confronté avec la sage-femme, il déclare : « Je crois que c'est avec l'aiguille à matelas que j'ai perforé le crâne, mais je n'ai pas mis le doigt pour le vérifier. J'ai le souvenir d'être allé un moment donné, un peu trop loin avec mon aiguille, mais je ne me suis jamais rendu compte d'être allé aussi loin que l'autopsie l'a démontré » ;

37. — Attendu que Laporte reconnaît aussi ne pas avoir conduit ni dirigé l'aiguille, puisqu'il ne s'est pas rendu compte jusqu'où elle était allée, ni si elle avait perforé le crâne ;

38. — Attendu que M. le Dr Pinard estime que le prévenu a dû guider l'aiguille, parce que, si elle ne l'avait pas été, l'autopsie aurait révélé des désordres au cul-de-sac vaginal, alors qu'il en résulte qu'il était intact ;

39. — Attendu que M. le Dr Maygrier a répondu qu'il ne pouvait être aussi affirmatif que M. le Dr Pinard, et qu'il y a d'ailleurs lieu de considérer que Laporte ouvrait, d'après les témoins, la vulve avec les doigts de la main gauche pendant qu'il introduisait l'instrument de la main droite, et qu'ainsi il a pu le diriger jusqu'à l'organe dont il est question sans l'atteindre ;

40 — Attendu qu'il est démontré pour le tribunal, que le docteur Laporte a ainsi contrevenu aux règles élémentaires de l'art, qu'il a commis une imprudence, une négligence opératoire, qui constituent une faute lourde, laquelle a été la cause directe et involontaire de la mort de la dame Fresquet ;

41. — Attendu que, sans qu'on puisse retenir pénalement ce élément, le présent jugement ne peut pas ne pas relever comme une nouvelle preuve de son incompétence et du désarroi de son esprit l'usage inconsidéré et cruel du ciseau et du marteau.

En ce qui touche l'application de la peine :

42. — Attendu qu'il y a lieu de tenir compte au prévenu de l'honorabilité de sa vie, des difficultés de ses débuts, de l'impossibilité où l'a mis l'absence de clientèle d'acquérir l'expérience de son art, de son état d'esprit, de son agitation, de son émotion même, lorsque, en présence des complications qui survenaient, il s'est senti désarmé, obligé cependant de rester auprès de la malade et de l'assister jusqu'à sa délivrance par devoir et par humanité ;

43. — Attendu que ces considérations sont de nature à concilier au prévenu l'indulgence du tribunal ;

Par ces motifs, **le condamne à trois mois d'emprisonnement**, et, vu l'article 1er de la loi du 26 mars 1891, **ordonne** qu'il sera sursis à l'exécution de la peine.

Digitized by Google

Introduire matin et soir une goutte de cette mixture dans chaque fosse nasale (Comby).

Mais, de toute manière, l'affection tend spontanément à la guérison et ne peut être considérée comme grave, abstraction faite des complications possibles.

L'ablation des végétations sera formellement indiquée dès que l'état inflammatoire aura disparu. — Dr Mendel, *ancien interne des hôpitaux.*

## CLINIQUE MÉDICALE

**Des varioles frustes.** — Les formes frustes des grandes fièvres éruptives étaient connues de Sydenham, Borsieri, Franck, Trousseau, Rilliet et Barthez. Mais, contrairement à la rougeole et à la scarlatine frustes, elles étaient encore fort discutées; à ce point, que certains auteurs classiques nient leur existence et ne les signalent même pas dans leurs traités. Elles ont cependant une importance très grande pour le praticien, en raison de leur diagnostic parfois difficile et des conséquences prophylactiques qu'il entraîne.

Dans un travail fait sous l'inspiration du Dr H. Roger, M. Glaive *(thèse Paris 1897)* divise les cas de varioles frustes en trois groupes.

Le premier groupe comprend des varioles très bénignes « où l'éruption se borne à une, deux, trois ou quatre pustules disséminées sur le tégument externe, ou sur les muqueuses. » Elles doivent être nettement séparées des varioles discrètes bénignes, des varioles légères de Talamon, comme l'avait déjà fait remarquer Coste (*Rev. Méd. 1892*). Si les anciens auteurs n'en parlent pas, c'est que les épidémies de leur époque ont été beaucoup plus graves. Aussi les premières observations de variole fruste sont-elles dues aux inoculateurs de la variole (Dezoteux et Valentin); plus près de nous, Trousseau et G. de Mussy ont cité des cas dans lesquels la maladie se borne à la présence de quelques pustules sur le voile du palais ou le pharynx. — Cette forme, caractérisée par une éruption en miniature, présente une période d'invasion identique à celle de la variole normale : la fièvre, la rachialgie, les vomissements ne manquent jamais ; seule, la durée de cette période est un peu raccourcie, un à deux jours au plus. Quant à la période apyrétique et silencieuse qui sépare l'invasion de l'éruption dans ces varioles frustes, elle est très caractéristique : le malade inconscient de sa maladie, a déjà repris ses occupations journalières lorsque quelques macules se développent dans des régions généralement couvertes et inexplorées, pour aboutir à la formation de pustules varioliques. Celles-ci diffèrent des pustules de la variole normale par leur moindre durée, et aussi par leur apparition en une seule poussée. Les autres périodes de la maladie sont très abrégées de sorte que les soins locaux donnés à chaque élément éruptif (cautérisation), en réduisant à quelques jours la durée totale de l'affection, dispensent d'une prophylaxie trop prolongée. — Le diagnostic de ces varioles en miniature n'est pas toujours facile. On devra éviter de les confondre avec la varicelle, si rare chez l'adulte, dont l'invasion dure à peine 24 heures, et dont l'élément éruptif est si caractéristique. Les phénomènes prodromiques de la variole fruste pourront faire croire à une grippe nerveuse et gastrique, à un lombago, à une fièvre rhumatismale. Le siège particulier de l'éruption enfin, permettra la confusion avec la conjonctivite phlycténulaire des enfants, avec l'angine herpétique. — L'existence de cette forme de variole oblige le praticien à tenir pour suspect, au cours d'une épidémie, tout individu qui, exposé à la contagion, aura éprouvé les symptômes prodromiques d'une façon éphémère. Il devra guetter l'apparition des papules, alors que le sujet se croira parfaitement bien portant, afin d'éviter par un traitement approprié, la diffusion de la maladie et une nouvelle contagion. De là, l'indication de l'isolement du malade.

Dans un deuxième groupe de varioles frustes, le Dr Glaive, range celles dont « l'éruption est bornée au seul rash ». D'un diagnostic difficile, parfois très incertain, elles n'en sont pas moins très importantes à connaître. C'est encore aux inoculateurs de la variole que l'on doit les premières observations de rash variolique. Ce symptôme fut l'origine de la grande discussion sur l'incompatibilité des fièvres éruptives dont Trousseau fut le plus brillant défenseur. Aujourd'hui, si le rash variolique n'est plus discuté, les observations de variole bornée au seul rash (faits de Hamel, Quinquaud, Huchard) n'ont pas réussi entièrement à faire adopter ce groupe clinique dans les traités classiques ; seul, Guinon admet le rash variolique isolé, en le décrivant avec la « fièvre varioleuse sans variole » des anciens. La fièvre et les symptômes prodromiques ordinairement intenses, évoluent comme dans les varioles normales, sans aucune rémission, jusqu'à l'apparition du rash qui est presque toujours morbilliforme. Le médecin annonce une variole qui n'apparaît pas, et la maladie est terminée avec la disparition du rash, en trois ou quatre jours. Ici, le diagnostic manque de signe pathognomonique ; aussi est-il fréquent de faire la confusion avec la rougeole, la scarlatine, la rubéole, la roséole syphilitique, l'érythème polymorphe, et les taches rosées de la fièvre typhoïde.

Au troisième groupe appartiennent les varioles dans lesquelles la maladie se borne aux signes généraux ; ce sont les fièvres varioleuses sans variole (Sydenham, Franck, Borsieri, etc.). De nos jours, un certain nombre d'auteurs se refusent à en admettre l'existence, malgré tous les arguments invoqués en leur faveur, et les assimilent à de simples embarras gastriques fébriles. Leur existence cependant est probable, et en tout cas logique. C'est une variole qui tourne court.

En résumé, les varioles frustes existent à n'en pas douter, et leur bénignité s'explique par l'atténuation plus ou moins grande de la virulence du germe variolique selon

Digitized by Google

les épidémies, par la résistance plus grande de l'organisme et enfin, par une sorte d'immunité acquise par les personnes longtemps exposées à la contagion. Du reste, les observations en font foi : les varioles frustes s'observent surtout chez les gens qui sont depuis longtemps en contact avec les varioleux — A. Weber.

---

**Hémorragies des capsules surrénales.** — Les hémorragies des capsules surrénales sont un fait connu, on en trouve des observations éparses dans des recueils divers, mais elles n'avaient point encore fait l'occasion d'un travail d'ensemble. M. le Dr Leconte, à l'occasion d'une observation personnelle, vient d'étudier avec soin cette question. (*Th. Paris*, 1897.)

C'est surtout chez l'homme qu'on rencontre des hémorragies des capsules surrénales. D'après Frisco, l'immunité relative de la femme serait due aux fonctions de ses ovaires dans la période d'activité sexuelle. C'est chez les nouveau-nés ou passé 40 ans que l'on observe cette affection. Pour Matteï, l'hémorragie des capsules surrénales serait due à un défaut de la libre circulation périphérique, causée par la compression maternelle. On a dans certains cas invoqué le traumatisme. Pour Leconte, les hémorragies capsulaires sont consécutives à des infections ou à des intoxications, et résultent d'une suractivité fonctionnelle qui les hypertrophie et les congestionne en luttant contre ces infections ou ces intoxications.

Cliniquement, les petites hémorragies, de volume minime, qui n'attirent pas l'attention par l'aspect d'une tumeur, sont des trouvailles d'autopsie et ont passé inaperçues pendant la vie. Dans les observations publiées, presque toujours, il y a des lésions cardiaques ou rénales, en concomittance avec les lésions surrénales, elles ne peuvent que confirmer le diagnostic soupçonné par un autre signe.

Dans certains cas, on note des symptômes addisonniens nets. La couleur bronzée de la face, du front, de la région jugulaire, des avant-bras, a été observée par Matteï. Dans un cas de Roger, il y avait une teinte sombre, rouge foncée de la face. A la coloration de la peau, s'ajoutent de la faiblesse, de l'inappétence, des vomissements et de la diarrhée. Addison, chez un malade qui présentait les symptômes décrits par lui, n'a trouvé que de l'hémorragie des capsules.

Berdach considérait l'hypothermie comme un signe très important pour le diagnostic des maladies des capsules surrénales. Dans un cas personnel, Leconte n'a pas observé ce symptôme.

En somme, la symptomatologie des petites hémorragies surrénales n'existe pas ; mais il n'en est pas de même lorsque la capsule hémorragique a atteint un volume tel qu'on peut sentir une tumeur à travers les parois abdominales. Si, à cette tumeur, s'ajoutent des symptômes addisonniens, le diagnostic pourra être ébauché. Il s'affirmera si la tumeur est bilatérale. La tumeur fluctuante atteint-elle un volume énorme, remplit-elle l'abdomen de façon à être limitée par la paroi abdominale, une ponction capillaire est pratiquée, ramène du sang plus ou moins altéré, des débris pigmentaires, sans traces d'éléments urinaires; on doit penser à un kyste hématique des capsules surrénales.

Le pronostic des hémorragies capsulaires est grave, sans cependant être immédiatement fatal. La mort subite a été signalée, mais, d'après Leconte, il faut souvent la rattacher à l'existence des lésions cardiaques si fréquentes La mort, dans la majeure partie des cas, survient au bout de quelques années, et c'est à l'insuffisance rénale qu'il faut l'attribuer.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, les hémorragies capsulaires sont le plus souvent bilatérales, le volume des capsules est variable suivant l'abondance de l'épanchement sanguin, on a vu des capsules pesant 2 et même 3 kilogrammes. L'hémorragie peut être en foyers uniques ou en foyers multiples, sans siège spécial. La capsule fibreuse, presque toujours, est le siège d'une hyperplasie intense. Quand l'hémorragie atteint les proportions d'un kyste hématique, la surface interne du kyste est légèrement veloutée, brun noirâtre. Dans certains cas, à la suite d'un traumatisme ou sous l'influence d'une lésion d'un organe voisin, la coque de la tumeur peut se rompre. La paroi présente alors, tantôt une déchirure, tantôt une ulcération qui peut atteindre jusqu'à 4 et 5 centimètres de diamètre ; le sang fait irruption par cette ouverture, envahit le tissu cellulaire périrénal, fuse derrière le péritoine pariétal et va se réunir en vaste collection, remplissant une partie du bassin. En 1889, Letulle et Pilliet ont noté, à la Société anatomique, la coexistence des altérations rénales et surrénales, et souvent, d'après eux, il y a des lésions de néphrite interstitielle, de même que des altérations généralisées du système artériel.

En présence d'une hémorragie des capsules surrénales diagnosticable, que doit-on faire? La plupart du temps, l'abstention est préférable. Cependant, si la tumeur est unilatérale et gênante, on fera la marsupialisation de la poche : c'est d'ailleurs ainsi qu'ont agi Routier et Cerné. Si, à la suite, il se produisait de l'insuffisance surrénale, il faudrait faire de l'opothérapie surrénale et la cesser si l'on observait de la céphalée, des palpitations. — M. D.

---

**Sur le syndrome rhumatismal chronique déformant.** — Le rhumatisme chronique déformant se développe chez des débilités, des prédisposés, des héréditaires sous des influences pathogéniques multiples ; et, dans aucun cas, d'après M. Barjon (*Th. Lyon*, 1897), il ne parait dépendre d'une lésion primitive des centres nerveux. D'après le même auteur, dans ces diverses manifestations chroniques polyarticulaires, il existe un syndrome clinique, le *syndrome rhumatismal chronique déformant*, toujours le même et évoluant en trois périodes : articulaire,

Digitized by Google

névrotrophique et myélopathique, s'accompagnant toujours des mêmes lésions anatomiques essentielles au niveau des articulations et des extrémités osseuses, et ayant constamment une courbe uroséméiographique identique. Cette courte urosèméiographique peut se résumer de la façon suivante :

1° Diminution de tous les éléments, à l'exception des chlorures qui sont normaux, et de l'acide urique qui est en excès.

2° Hypoacidité bien marquée.

3° Coefficient d'oxydation très faible.

Dans l'évolution du syndrome rhumatismal chronique déformant, Barjon distingue trois périodes :

1° Dans la première période, *articulaire* qui évolue comme une maladie infectieuse, on assiste aux poussées aiguës, subaiguës ou chroniques d'emblée, mais toujours douloureuses ; parfois, à l'établissement d'une complication viscérale. La douleur ne fait jamais défaut à cette période. Les déformations se montrent plus ou moins tôt à la suite de ces premières poussées sans toutefois arrêter leur évolution.

2° Puis, survient la 2e période ou *phase névrotrophique*. Le symptôme dominant de cette période, c'est l'atrophie musculaire. Parfois, elle se montre d'une façon précoce ; d'autrefois, c'est plus tard, alors que les articulations ont déjà subi un certain nombre de poussées et que leur fonctionnement est compromis. Mais, quelque précoce qu'elle soit, l'atrophie musculaire est toujours secondaire, jamais elle ne précède les localisations articulaires. Ces atrophies sont curables avec leur cause, elles ne sont pas généralisées, elles atteignent seulement les muscles qui commandent aux articulations malades et plus spécialement les extenseurs. Elles ne présentent pas de secousses fibrillaires dans les muscles atteints et ne donnent jamais lieu à la réaction de dégénérescence. Les névrites périphériques s'établissent, mais toujours localisées dans les petites ramifications nerveuses périarticulaires ou intramusculaires. Les gros troncs nerveux et la moelle sont encore intacts.

2° Pendant la troisième période ou *phase myélopathique*, les symptômes nerveux prennent le pas sur les manifestations articulaires. Les malades prennent l'aspect de médullaires se rapprochant le plus souvent du syndrome sclérose latérale amyotrophique, mais pouvant aussi revêtir d'autres formes, en particulier celle de la maladie de Parkinson. Les amyotrophies atteignent leur maximum d'intensité ; elles se généralisent, et les muscles atteints présentent des contractions fibrillaires. Les troubles trophiques sont plus graves, la peau s'amincit, il se forme des escarres, les ongles s'effritent et tombent. Les troubles trophiques s'étendent aussi au squelette, ce qui accentue les déformations articulaires. Les extrémités osseuses se décalcifient et se résorbent comme chez les tabétiques. Les rétractions tendineuses sont énormes, donnant aux mains l'aspect de griffes, les membres sont continuellement affectés de crispations et de crampes douloureuses. Les reflexes rotuliens sont exagérés, et on provoque parfois de la trépidation épileptoïde.

Ainsi, pour M. Barjon, dans nombre de cas, le rhumatisme chronique succède d'une façon évidente aux formes aiguës du rhumatisme articulaire, sans que le fait existe toujours; cependant, le rhumatisme chronique ne peut être considéré comme une affection primitive des centres nerveux, c'est un syndrome clinique évoluant avec ses trois périodes, et cela, indépendamment de son origine rhumatismale, blennorrhagique, scarlatineuse, tuberculeuse ou autre. Car, d'après le même auteur, la division existante entre vrais et pseudorhumatismes, n'est que provisoire, elle est appelée à disparaître tôt ou tard, et le mot rhumatisme restera synonyme de fluxions articulaires multiples, douloureuses, évoluant par poussées aiguës, subaiguës ou chroniques, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'infection causale primitive; quand la détermination des causes et des conditions de l'évolution ulcéreuse du processus sera plus précise. — M. D.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

**Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.** — Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein n'a pas seulement la grande valeur diagnostique que lui attribue M. Guyon, il comporte aussi au point de vue pronostique une importance de premier ordre.

A l'aide de documents cliniques et anatomo-pathologiques, j'ai établi, en effet, que le varicocèle ne reconnaissait pas pour cause la compression de la veine spermatique par la tumeur, mais par des ganglions dégénérés. J'ai eu l'occasion récemment de confirmer sur un malade ces conclusions auxquelles mes recherches m'avaient conduit, il y a deux ans.

Un malade se présentait à moi avec les trois symptômes principaux que voici : hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Je diagnostiquai un cancer du rein gauche, de gros volume, et pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur. Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume, mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération, et succomba deux jours plus tard. A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche, et des masses ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique.

Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur et la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire. Et de ce qu'un cancer s'accompagne d'un varicocèle précoce ou tardif, on peut conclure qu'il y a déjà propagation ganglionnaire. Cette

Digitized by Google

conclusion atténue encore les espérances qu'on était en droit de formuler sur les résultats des petites tumeurs, des noyaux limités, considérés jusqu'ici comme curables par la néphrectomie. Il faut, en effet, dans ces conditions, ou ne pas opérer, ou si on opère, poursuivre et enlever les masses ganglionnaires. — Dr Legueu, *chirurgien des hôpitaux.* (Congrès d'urologie 1897.)

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Des complications de l'extirpation des ganglions du cou.** — L'extirpation des ganglions du cou peut donner lieu à des accidents de gravité variable, mais dont les plus importants sont assurément la blessure des vaisseaux et des nerfs. Etudiées dans les thèses de Binet, de Manson, ces complications que passe en revue M. Raymond Petit (*Th. doct. Paris*, 1897) peuvent assez souvent être évitées ou réduites à une importance minime.

C'est ainsi qu'en opérant attentivement, on doit éviter la blessure des grosses artères; quant à celle des artérioles, quelques pinces hémostatiques suffisent à en avoir raison.

Parmi les blessures des veines, celle de la jugulaire interne serait d'une gravité exceptionnelle, en raison de l'introduction de l'air; si la ligature de la jugulaire externe peut être faite sans inconvénients, il n'en est pas de même de celle de la première, bien que des chirurgiens l'aient liée sans effets fâcheux; pourtant, dans un cas de Rohrbach où la ligature de ce vaisseau fut pratiquée, la malade ne reprit pas connaissance après l'opération et mourut au bout de six jours. A l'autopsie, on trouva deux foyers de ramollissement cérébral à gauche, du côté de la ligature. L'intervention doit donc être très prudente dans le voisinage de ce vaisseau, et si, par mégarde, on arrivait à le blesser, on pourrait y poser une ligature latérale ou mieux encore faire une suture veineuse. Quant à la dénudation étendue de la jugulaire interne, qui est parfois nécessaire, elle est sans inconvénient, à condition de ne toucher que légèrement au chlorure de zinc ou à la solution phéniquée à 5 p. 100.

On respecte plus facilement les nerfs par une dissection soigneuse, et en se rappelant l'anatomie de la région. Si, dans une extirpation des ganglions parotidiens et sous-maxillaires, on coupe quelques petits rameaux du facial, il en résulte une déviation peu marquée de la bouche, qui ne persiste pas généralement. De même, M. Petit, ayant sectionné plusieurs fois la branche externe du spinal, n'a noté aucun inconvénient, si ce n'est une ou deux fois une légère atrophie du bord antérieur du trapèze.

On a signalé encore, comme complication de l'extirpation des ganglions du cou, des fistules lymphatiques; la complication est peu importante; l'écoulement de lymphe se tarit spontanément, ou cède aux cautérisations au nitrate d'argent.

L'œdème et l'éléphantiasis de la face ou du cou ont été notés; on a signalé également l'angine.

Il reste enfin la cicatrice vicieuse et apparente, qu'on évite en faisant un affrontement exact des lèvres de la plaie, ou en pratiquant secondairement, après extirpation du tissu cicatriciel, la suture intra-dermique. — L. F.

**Stérilisation des instruments de chirurgie par le cyanure de mercure.** — On a, depuis quelques temps, pris l'habitude de se servir des sels de mercure, dont les propriétés antiseptiques sont très connues, pour stériliser les instruments de chirurgie. Malheureusement, ces instruments sont détériorés par l'emploi de ces sels, même par le cyanure et l'oxycyanure. M. Denigès, de Bordeaux, a tenté d'obvier à ces inconvénients en s'inspirant de certaines expériences de M. Maréchal. Ce dernier, a en effet, constaté que les instruments en fer, en nickel et en acier ne subissaient aucune altération, lorsqu'ils étaient plongés dans une solution alcalinisée légèrement (à 2 p. 100) à l'aide de borate de soude, de benzoate de soude, de carbonate de soude, etc...

M. Denigès a remarqué que les mêmes solutions alcalines permettaient de conserver les instruments plongés dans du cyanure de mercure, et il fait usage de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée..... | 1 litre |
| Cyanure de mercure..... | de 2 à 5 gr. |
| Borate de soude..... | 10 gr. |
| Ou bien : Carbonate de soude.. | 14 gr. |

D'après M. Denigès, le borate de soude est préférable; mais, peut-être, le bicarbonate de soude pourrait lui être avantageusement substitué, car on lui a reconnu des propriétés antiseptiques. Une solution semblable pourrait également être employée pour le lavage des mains des chirurgiens.

Enfin, le cyanure de mercure n'étant pas plus toxique que le sublimé, étant tout aussi antiseptique que lui et présentant, en outre, cet avantage d'être actif sur les substances alimentaires et sans causticité, les chirurgiens pourraient peut-être se servir utilement de cette solution cyanurée, dans toutes les applications du sublimé — L. Flœrsheim.

## DERMATOLOGIE

**Traitement des nœvi vasculaires plans par l'électrolyse négative** — La plupart des auteurs emploient le pôle positif qui a des propriétés essentiellement coagulantes, pour faire disparaître les nœvi vasculaires. D'après notre éminent collaborateur M. Brocq (*Soc. dermat.*), c'est évidemment à ce procédé qu'il faut avoir recours quand le nœvus est volumineux et profond, dans tous les cas de tumeurs érectiles. Mais, quand il s'agit de nœvi vasculaires absolument plans, constitués par de

Digitized by Google

simples telangiectasies capillaires, la destruction des vaisseaux par l'aiguille électrolytique négative est supérieure à ce que l'on obtient avec le pôle positif. Cette méthode a d'ailleurs été préconisée en 1885 par le Dr Hardaway.

On emploie pour cela de fines aiguilles en platine irridié, les mêmes dont on se sert pour la destruction des poils ; on les relie au pôle négatif d'une pile à courants continus, et on utilise les courants de 2 à 3 milliampères que l'on fait passer chaque fois pendant 8 à 12 secondes. On a bien soin de ne pas agir dans une même séance sur deux points assez voisins pour que les cercles de destruction deviennent tangents. Ainsi donc, M. Brocq serait tenté de préconiser l'électrolyse positive pour les nœvi vasculaires turgescents, et l'électrolyse négative pour les nœvi vasculaires plans. — M. D.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 9 novembre 1897*

MM. Robin, Grancher, Marty, Motet, Monod procèdent à la lecture de leurs rapports sur la Commission permanente des eaux minérales, les Prix Alvarenga, Nativelle, Herpin, Laborie.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 5 novembre 1897*

**Cancer primitif des voies biliaires.** — M. Paul Claisse présente un cancer primitif des voies biliaires. Sur le canal hépatique siège un néoplasme qui produit en amont une énorme dilatation des voies biliaires sans sclérose des parois. Le cholédoque et la vésicule sont normaux.

Le début de l'affection a été marqué par un ictère intense qui s'est installé subitement pour ne plus régresser, entraînant la mort au bout de deux mois, sans accidents fébriles.

M. Claisse a réuni une cinquantaine d'observations de cancer primitif des voies biliaires auxquelles il compare ce nouveau fait. La tumeur est dans tous ces cas un épithélioma né de la muqueuse des conduits biliaires et prenant d'ordinaire la forme du carcinome. Elle siège le plus souvent sur la terminaison du cholédoque, en particulier au niveau de l'ampoule de Vater. Dans un cinquième des cas seulement, la tumeur n'est pas voisine du duodénum, et dans un douzième des cas elle est localisée à la portion juxta-hépatique des voies biliaires.

Le cancer juxta-duodénal produit une extension de la vésicule biliaire, signe très important sur la signification diagnostique duquel Hanot avait insisté, montrant le parti qu'on peut en tirer pour distinguer l'obstruction cancéreuse de l'obstruction calculeuse. Cette dernière, ainsi que Terrier l'a établi, entraîne en effet une cirrhose biliaire avec atrophie de la vésicule qui n'est pas perçue à la palpation. Une rétention biliaire chronique est d'origine cancéreuse si la vésicule est dilatée ; elle est d'origine calculeuse si l'on ne sent pas la vésicule : telle est la formule proposée par Hanot.

De la statistique ci-dessus résumée, il ressort que, dans la grande majorité des cas, cette formule est juste, mais que, si le cancer des voies biliaires est juxta-hépatique, c'est-à-dire une fois sur douze, le diagnostic ferme peut être impossible. Les divers éléments d'appréciation tirés du mode de début, de l'allure de l'ictère, de l'évolution morbide, etc., sont parfois insuffisants et trompeurs. En pareil cas, la laparotomie permet seule de résoudre le problème.

**Sur la généralisation du bacille diphtérique.** — M. Sevestre. MM. Barbier et Tollemer, exposant leurs recherches sur la diphtérie dans la dernière séance, ont signalé la présence du bacille dans les viscères ; cette constatation avait déjà été faite par M. Martin. Comme eux, il a rencontré le bacille de Lœffler dans la trachée, les bronches et les poumons. M. Mery l'a même trouvé dans les ganglions cervicaux. D'après M. Sevestre, le bacille serait apporté dans les viscères par dissémination et non par le sang. En effet, si l'on a soin d'examiner le sang immédiatement après la mort, on n'y retrouve pas le bacille, tandis qu'il est possible d'y découvrir sa présence 24 heures après la mort, ce qui montre bien qu'il s'agit là d'une dissémination post-mortem.

La présence du bacille dans les centres nerveux bulbo-protubérantiels aurait besoin d'être confirmée par de nouvelles recherches ; mais on ne saurait les considérer comme la cause unique des accidents nerveux, ceux-ci pouvant être produits par des injections de toxines, ainsi que M. Roux l'a démontré expérimentalement.

En terminant, M. Sevestre rappelle qu'il a heureusement combattu les paralysies bulbo-protubérantielles par des injections de sérum artificiel et de strychnine.

M. Lemoine a retrouvé, cinq heures après la mort dans le sang du cœur, des bacilles diphtériques virulents.

M. Barbier vient d'observer un nouveau cas de diphtérie dans lequel le sang du cœur a donné des cultures de bacille virulent. Quant à la présence du bacille dans les centres bulbo-protubérantiels, il ne croit pas qu'il s'agisse d'une diffusion post-mortem, mais d'une colonisation pendant la vie des centres nerveux par le bacille diphtérique, d'où une imprégnation du bulbe par les toxines fabriquées sur place, amenant les désordres nerveux si caractéristiques.

**Recherches cliniques sur la nouvelle tuberculine de Koch.** — M. Letulle. Avant d'employer cette substance chez l'homme, M. Letulle a constaté qu'elle n'était pas immunisante contre les inoculations tuberculeuses chez les cobayes. Il n'a pas eu plus de succès chez six malades atteints de lésions tuberculeuses peu avancées. Deux n'ont présenté aucune amélioration ; les quatre autres ont vu leur état général se relever un peu ; mais cette amélioration semble devoir être attribuée à une hygiène et à une alimentation meilleures. Aucun d'eux n'a guéri.

Digitized by Google

**Névralgie diaphragmatique d'origine palustre.** — M. Crespin, de Mustapha, rapporte deux cas de névralgie diaphragmatique d'origine palustre guéris par l'emploi de la quinine. M. Crespin attribue ces névralgies à l'irritation du diaphragme par la rate hypertrophiée. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 10 novembre*

**De l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.** —M. Broca. Pour les occlusions chroniques, par compression surtout, on peut en général établir un plan thérapeutique fondé sur un diagnostic précis. Mais pour l'occlusion aiguë, si l'on met à part l'invagination de l'enfant, cela est au contraire fort rare ; je mets à part également l'occlusion consécutive à l'hystérectomie vaginale pour laquelle Segond nous a apporté en faveur de l'anus contre nature, une expérience convaincante.

En dehors de ces cas spéciaux, le chirurgien part en général pour une destination inconnue. Cela étant je ne saurais accorder à Nélaton, Segond, Chaput qu'ils doivent en principe recourir à l'anus contre nature. Dans notre ignorance des causes, nous devons avoir une thérapeutique systématique et pour nous c'est la laparotomie.

J'ai au total pratiqué 20 fois la laparotomie pour occlusion, avec 9 guérisons, soit 45 p. 100. Sur ce total, je compte 4 invaginations chez l'enfant, avec 1 guérison, les 3 autres boudins étant déjà gangrenés quand j'ai opéré. Restent dès lors, pour répondre au problème tel que l'ont posé mes contradicteurs, 16 cas et 8 guérisons, soit 50 p. 100. Mais le point intéressant est d'étudier les causes : or toujours celles que j'ai constatées *de visu* sont de celles que Nélaton traiterait par laparotomie s'il les diagnostiquait.

Les 8 guérisons se décomposent en 7 brides, 1 hernie interne.

Les 8 morts se décomposent en un cancer avec occlusion chronique pour lequel j'ai eu tort de laparotomiser, 1 hernie interne gangrénée, 6 brides. Pour tous les malades, sauf pour le cancer, la laparotomie était indiquée et a été conduite très rapidement, mais les malades ont été opérés trop tard.

Ces faits constituent la statistique intégrale des occlusions que j'ai eu à traiter. Ils démontrent tout au moins que la laparotomie n'est pas meurtrière comme on l'a dit. Je ne crois pas que l'anus iliaque systématisé dans l'occlusion aiguë donne une semblable proportion de succès définitifs. Et si sur les 8 morts il y en a deux dont la lésion était irrémédiable, les 6 autres auraient sûrement guéri si on les avait laparotomisés à temps, sans perdre plus de 24 heures à essayer le traitement médical.

M. Hartmann. La laparotomie dans l'occlusion intestinale de cause inconnue n'est pas grave par elle-même, mais parce qu'on la fait trop, alors qu'il existe les lésions graves de l'intestin et du péritoine, déterminées par l'étranglement, Sur 9 laparotomies pour occlusion aiguë vraie, j'ai eu 4 morts et 5 guérisons.

**Corps étrangers du rectum.** — M. Monod. Ce n'est pas le volume du corps étranger du rectum, mais son enclavement dans la concavité du coccyx qui s'oppose à son issue par les voies naturelles. Lorsqu'il en est ainsi, on doit d'abord inciser le sphincter de l'anus, et si on ne peut extraire le corps étranger, faire la rectotomie linéaire, et, en dernière analyse, réséquer le coccyx.

**Castration abdominale utéro-annexielle pour tuberculose locale.** — M. Doyen, de Reims, lit un travail sur ce sujet qui sera l'objet d'un rapport.

**Luxation du pouce en arrière.** — M. Vitrac, de Bordeaux sera l'objet d'un rapport — H. M.

## Société obstétricale et gynécologique de Paris

*Séance du 4 octobre 1897*

M. Doléris : **A propos du diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite**, cite l'observation d'une malade, soignée, en janvier 1892, pour une cervicite chronique, des annexes douloureuses et fortement adhérentes à droite. Traitement conservateur, amélioration notable; à la fin de l'année on se sentait plus de lésions annexielles appréciables. Au commencement de 1895 elle fut prise, quelques jours avant une époque menstruelle, d'une vive douleur à droite, qui ne s'accompagna ni de constipation, ni de vomissements : elle eut une fièvre modérée et la langue saburrale. En juillet, deuxième crise, à Londres, et on diagnostique : Appendicite. A Paris, troisième crise pendant laquelle M. Doléris l'examina. On ne sentait pas, dans le bassin de lésions facilement accessibles, on n'en sentait pas plus dans l'abdomen ; avec le doigt on atteignait, très haut, une zone sensible. M. Doléris, sur les instances de la malade et de son entourage, se décida à pratiquer la laparotomie. L'appendice était normal, mais les annexes du même côté adhéraient à la face postérieure du ligament large; l'ovaire, atteint de folliculite, présentait en arrière une petite tumeur du volume d'une noix et contenant un caillot ancien. Castration droite, résection de l'appendice. Guérison.

M. Doléris : **Un cas d'éventration post-partum.** — Dans l'immense majorité des cas ces éventrations ne comportent pas d'autre traitement que la contention à l'aide d'une ceinture. Dans le cas particulier il s'agissait d'une jeune fille, chlorotique, à paroi abdominale adipeuse qui, pour dissimuler sa grossesse, porta un corset fort serré jusqu'au 8e mois. Lorsqu'elle entra à la Pitié, à cette époque, elle avait un ventre en besace, retombant sur la face antérieure des cuisses; le tissu sous-cutané de l'abdomen était notablement infiltré. Malgré le repos au lit, l'utérus à la fin de la grossesse ne dépassa pas la région épigastrique. Le travail fut long, il y eut de l'inertie utérine et l'accouchement se termina par une application du forceps. On lui fit suivre, après son accouchement, sans résultat appréciable, un traitement qui consista en massage, hydrothérapie, électricité, gymnastique suédoise. Sur sa demande, le volume de son ventre l'empêchant de travailler, M. Doléris réséqua la ligne blanche depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, fit un triple étage de sutures et depuis quatre mois le résultat est demeuré parfait.

Digitized by Google

## CONGRÈS DE CHIRURGIE

(11e SESSION TENUE A PARIS DU 18 AU 23 OCTOBRE 1897)

*(Suite)*

*Indications opératoires dans la tuberculose rénale.* — M. ALBARRAN, après avoir rapporté la statistique de quelques cas de tuberculose rénale, conclut qu'il est préférable d'enlever le rein, dans cette affection, lorsque cela est possible.

La néphrotomie, chez les tuberculeux, doit être considérée comme une simple opération palliative destinée à combattre les accidents dus à la pyonéphrose.

Dans aucun cas, bien entendu, on n'extirpera un rein sans s'être assuré de l'existence de l'autre, et, autant que possible, de la valeur fonctionnelle comparée des deux reins ; lorsqu'il y a doute, on devra s'abstenir ou bien se contenter de la néphrotomie.

La valeur fonctionnelle du rein qu'on veut enlever et de celui qui doit rester en place ne peut être connue que par le cathétérisme urétéral.

Les lésions tuberculeuses des voies génitales, chez l'homme, sont rarement assez importantes pour contre-indiquer l'intervention, et il en est de même des lésions vésicales. Les lésions pulmonaires elles-mêmes, lorsqu'elles ne sont pas trop avancées, peuvent ne pas contre-indiquer la néphectomie. Il faut alors ne pas trop se laisser influencer par la fièvre et l'amaigrissement, parce que souvent l'état cachectique du malade est sous la dépendance de la lésion rénale.

M. HARTMANN cite un cas heureux d'*uretérectomie totale.*

*De la cure radicale sanglante des hernies chez le nourrisson.* — M. FRŒLICH (de Nancy), sur 8 cures radicales de hernies inguinales, chez 7 enfants âgés de moins de 2 ans, n'a eu aucune incident à constater. Il pense qu'au delà de 2 ans il ne faut plus compter sur la guérison par le bandage et que l'intervention sanglante est alors indiquée. Pour abréger l'opération et diminuer la perte du sang chez le nourrisson, il se dispense d'isoler le sac et de l'extirper, et se borne à oblitérer le collet sans l'isoler, en le traversant par un des fils qui servent à la suture des piliers. Lorsque le sac est un peu épais, ce point de suture ne serait pas suffisant, il place alors une ligature sur le collet.

M. FORGUE croit, comme M. Broca, qu'il faut disséquer le sac très haut. La simple suture employée par M. Frœlich paraît exposer aux différentes variétés d'hydrocèles consécutives qu'on observe dans les sacs herniaires déshabités.

M. BROCA intervient ; il croit que même chez l'enfant en bas âge la cure radicale a des indications. L'innocuité de l'opération a été démontrée d'abord par les cas où des accidents d'étranglement lui ont forcé la main ; 19 fois, le taxis sous chloroforme ayant échoué, il a dû pratiquer, ou faire pratiquer la kélotomie suivie de cure radicale, et 15 des malades ont guéri. Or ces opérations au nombre de 8, concernent des enfants au-dessous de 6 mois.

Il arrive à conclure que chez l'enfant au-dessous d'un an à 18 mois on est parfaitement en droit d'opérer les hernies qui s'accroissent malgré le bandage. Il a opéré, dans ces conditions, des hernies qui tombaient jusqu'aux genoux du bébé, et obtenu la guérison.

« Apprenez à cliver le sac, dit-il en terminant, comme je l'ai dit au Congrès dès 1891, et vous serez surpris de la facilité de ce temps opératoire ; et dès lors personne ne songera plus à imaginer des procédés qui laissent le sac en place et qui certainement, comme l'a bien montré Championnière, favorisent la récidive. »

M. NIMIER a opéré par la *méthode sclérogène* 12 militaires porteurs de hernie inguinale, avec 9 succès immédiats et 3 insuccès. Il pense que chez l'adulte le traitement de la hernie inguinale par ce procédé est recommandable quand il s'agit d'une pointe de hernie, d'un bubonocèle.

M. DOYEN présente un *nouveau procédé d'entérorrhaphie*, très ingénieux, mais dont les détails techniques ne peuvent prendre place dans un compte rendu résumé.

M. J.-L. FAURE cite un *nouveau procédé de gastro-entérostomie.* Il invagine l'estomac dans l'intestin, de façon que le cône stomacal invaginé présente une ouverture dirigée vers le bout inférieur de l'intestin. De cette manière, les aliments passent nécessairement de l'estomac vers le bout inférieur et ne peuvent refluer dans le bout supérieur.

Le cône gastrique invaginé dans une boutonnière de l'intestin est maintenu entre les lèvres de cette boutonnière par deux plans de sutures en surjet, renforcé au besoin de points séparés. La boutonnière ouverte sur le flanc du cône gastrique qui regarde le bout inférieur de l'intestin doit être ourlée par un surjet qui la maintient régulièrement ouverte.

M. FORGUE rapporte des cas heureux de *gastrostomies*, où, au lieu de recourir à l'éversion de la muqueuse, il fit l'opération en un seul temps.

M. TÉDENAT (de Montpellier) cite 7 observations de *colectomie pour cancer du côlon* avec 3 morts et 4 guérisons opératoires.

A propos du *traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin (rectum excepté).* M. VAUTRIN conclut de la façon suivante : Lorsque la tumeur est inopérable, il faut recourir à la séquestration de l'intestin. Cependant, si l'état général du malade est un obstacle à la séquestration de l'intestin, qui nécessite une entérorrhaphie circulaire sans réflexion du segment intestinal malade, on aura comme ressource l'entéro-anastomose simple. La résection sera fréquemment indiquée dans les tumeurs du cæcum et de l'S iliaque, tandis que l'entéro-anastomose ou l'exclusion de l'intestin seront plus souvent employées pour les tumeurs du côlon transverse.

Pour l'S iliaque, on pourra encore employer la méthode suivante, qui m'a donné un beau succès, mais qui est seulement applicable aux tumeurs de volume réduit. On attire l'anse intestinale portant le néoplasme en dehors du ventre, on fixe en canon de fusil les deux cylindres intestinaux dans la plaie, et on résèque la tumeur. On fait ensuite secondairement la cure de l'anus contre nature.

M. POTHERAT rapporte 3 cas d'*appendicite perforante anormale.*

MM. PICQUÉ et GUILLEMOT (de Paris) citent un cas de *suppuration du diverticule de Meckel simulant l'appendicite.*

Suivent des communications de M. ISCH-WALL sur un procédé de *résection à froid de l'appendice*, de M. RIOBLANC sur une *appendicite suivie de pleurésie purulente*, de M. DELAGÉNIÈRE sur les relations de *l'appendicite avec les affections des annexes.*

M. E. CHEVALIER (de Paris) a, depuis le mois de juillet, observé une vingtaine de cas d'*appendicite.* Il a opéré deux enfants en pleine péritonite : ils ont succombé très rapidement ; un troisième cas eut aussi une issue fatale dans les vingt-quatre heures ; deux autres cas ne comportaient pas l'opération, car l'état était désespéré.

Il a observé six faits d'appendicite à la première attaque, où, malgré l'intensité des symptômes, il a cru ne pas devoir intervenir ; les malades ont guéri.

Digitized by Google

Il a opéré six autres enfants : chez l'un d'eux il n'a rien trouvé, et chez les autres il a rencontré chaque fois des abcès renfermant une grande quantité de pus fétide : tous ont guéri.

(*A suivre.*) L. Flœrsheim.

## ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

*(Suite)*

La discussion passe au *traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration et la résection des canaux déférents.* M. Carlier (de Lille) présente sur cette question un rapport qui n'apporte aucun fait nouveau proprement dit ; nous ne revenons pas sur ce sujet, que nous avons traité dans un travail particulier (*Arch. de méd., janvier* 1897) et sur lequel nous sommes revenu ici même (V. *Journ. des Praticiens*, n° 41); tout en constatant que la castration et la résection des déférents donnent des résultats dans le prostatisme, M. Carlier les regarde comme des moyens infidèles et propres à lutter seulement contre les phénomènes congestifs. M. Desnos se range au même avis, établissant que « l'obstacle mécanique qui résulte de l'hypertrophie de la glande n'est qu'un facteur secondaire qui ajoute ses effets à l'inertie vésicale. — M. Loumeau (de Bordeaux) préfère la castration à la résection des canaux déférents ; — M. Hamonic, sur 11 cas d'hypertrophie prostatique traités par la résection déférentielle, a eu 7 résultats positifs chez des prostatiques congestifs, 2 cas moins heureux, enfin 2 dans lesquels le résultat a été nul. — M. Nicolich (de Trieste) a pratiqué 27 fois la résection des canaux déférents avec 8 guérisons, 11 améliorations, 5 résultats négatifs. — Pour M. Legueu, il est certain qu'expérimentalement castration et résection déférentielle donnent lieu à une atrophie de la prostate ; ce qui, au point de vue clinique, fait varier les résultats opératoires, c'est qu'on a affaire à des prostates où domine tantôt la congestion, tantôt l'hypertrophie glandulaire, tantôt la sclérose. D'ailleurs, le volume de la prostate n'est pas seul en cause et la contractilité vésicale doit entrer aussi en ligne de compte. L'auteur conclut que, dans les rétentions aiguës, dans les accidents chroniques du prostatisme, la castration n'a rien à faire, et que c'est surtout dans la rétention incomplète que cette intervention et la résection déférentielle peuvent donner de bons résultats. — M. Chevalier rapporte deux cas de castration, l'un suivi de succès complet, l'autre moins heureux, et un cas de résection déférentielle chez un malade atteint également de calculs vésicaux, traités par la lithotritie. Ce dernier cas fut amélioré considérablement, sans qu'on puisse dire si l'amélioration doive être mise sur le compte de la résection ou de la lithotritie. L'auteur pense que, bien que la question du traitement des prostatiques ne soit pas tranchée, on pourrait commencer par faire la vasectomie, quitte à faire la résection en cas d'insuccès. — MM. Albarran et Motz, à la suite d'*expériences sur l'appareil génital pour amener l'atrophie de la prostate*, ont été conduits à imaginer une opération nouvelle, dite *angio-neurectomie du cordon* ; cette opération, pratiquée une fois par M. Albarran à l'hôpital Necker, est presque aussi simple que la résection déférentielle ; elle consiste à réséquer dans une petite étendue tous les vaisseaux et nerfs du cordon spermatique, en respectant le canal déférent, l'artère déférentielle et une ou deux des veines qui l'accompagnent.

Suivent les communications suivantes :

M. Carlier : *De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein.*

MM. Jullien et Sibert : La *blennorrhagie, maladie générale.*

M. Albarran : *Nouvelles observations de cathétérisme cystoscopique des uretères.*

M. Carlier : *Les grosses tumeurs du rein.*

MM. Chevalier et Mauclaire : *Néphrotomie pour anurie chez une femme ayant un rein unique.*

M. Béguin (de Bordeaux) : *Deux cas d'anurie calculeuse. Nécessité de l'opération précoce.*

M. Duret (de Lille) : *Sur la cure des exstrophies vésicales par la suture marginale.*

M. Sorel : *Neurasthénie urinaire ; crises de rétention d'urine.*

M. Léon Bernard : *De l'hydronéphrose calculeuse de la première enfance.*

(*A suivre.*) L. Flœrsheim.

## BIBLIOGRAPHIE

**Dyspepsies nerveuses et neurasthénie**, par le Dr Paul Glatz, de Genève. (Félix Alcan, éditeur, Paris.)

L'auteur a cherché surtout à mettre en évidence le rôle considérable joué par le système nerveux dans la grande majorité des affections gastro-intestinales.

Au point de vue thérapeutique, il démontre que le traitement de l'atonie de l'estomac et des névroses de la digestion relève essentiellement des agents physiques de la médecine et du régime alimentaire ; l'hydrothérapie, l'électricité et le massage combinés avec des régimes appropriés sont indiqués comme base du traitement des affections catarrhales et organiques de l'estomac. L'auteur distingue, en outre, les cas dans lesquels on peut user utilement des eaux minérales et particulièrement des eaux alcalines, dont l'emploi abusif ou inconsidéré produit si souvent des résultats néfastes. — Ce livre sera consulté avec fruit, car il fournit des renseignements détaillés et utiles sur le régime à suivre dans le traitement de ces affections.

**Le magnétisme vital**, par Gasc-Desfossés. 1 volume à la Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

L'auteur a eu pour but de faire une œuvre de synthèse, de réunir des observations et des expériences concordant avec l'hypothèse du magnétisme vital. La constatation de faits, à première vue, étranges ou même incroyables, conduit à l'affirmation d'un pouvoir distinct de toutes les forces connues, quoique étant peut-être seulement une espèce des forces électro-magnétiques, dont Mesmer avait reconnu l'existence. C'est pour établir la réalité de ces phénomènes que M. Gasc-Desfossés a donné la publicité aux observations concordantes, se rapportant à cette question. Il a groupé en masse compacte, autour d'un fait central capital, tous les principaux faits actuellement constatés : ce fait, c'est l'ensemble des expériences d'enregistrement faites avec le galvanomètre à fil d'argent. « Ce travail de rapprochement et de synthèse, dit l'auteur, est provisoire et devra être refait bien des fois, avant que soit constituée la chaîne solide des inductions et des déductions où seront fixés les résultats acquis ; néanmoins, et peut être à cause de cela même, il nous semble une contribution utile à l'étude du magnétisme vital. »

**Hystérectomie abdominale totale.** *Thérapeutique intra-utérine*, par le Dr Robert Sorel (du Havre), chirurgien des hôpitaux du Havre.

**Traitement alimentaire de la phtisie pulmonaire**, par le Dr Gallavardin (de Lyon).

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBERS, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE MÉDICALE

## Sur un cas de cirrhose hypertrophique alcoolique. Du processus de curabilité par régénération hépatique. Valeur pronostique de l'albuminurie intercurrente.

Par le Dr Rénon,
*Médecin des hôpitaux de Paris*

Vous savez que les formes de la cirrhose alcoolique sont multiples, qu'à côté des formes atrophiques normales, accompagnées d'ascite, de circulation veineuse supplémentaire, de mégalosplénie et d'atrophie du foie très nettement visible après la ponction, il en est d'autres dans lesquelles l'organe hépatique est peu atrophié, souvent normal, parfois même hypertrophié. Les premières sont d'un pronostic fatal, et la mort survient au bout d'un temps variable, généralement peu long, un an, deux ans, rarement plus; dans quelques cas même, la marche est aiguë et vous trouverez dans la littérature médicale des observations dans lesquelles la maladie n'a pas duré plus de deux et six mois. Les secondes formes, celles qui s'accompagnent d'une hypertrophie du foie, paraissent au contraire infiniment moins graves, et MM. Hanot et Gilbert ont insisté tout particulièrement sur le pronostic relativement favorable de ces variétés hypertrophiques; avec un traitement hygiénique très sévère, basé sur la suppression absolue de l'alcool, sur l'usage du régime lacté exclusif, on voit l'ascite disparaître après quelques ponctions, les veines sous-cutanées et hémorrhoïdales s'affaisser, le foie ne plus augmenter de volume, se retracter souvent, mais presque toujours incomplètement. La plupart des cas de guérison de la cirrhose alcoolique publiés, et ils sont nombreux, ressortissent à cette variété hypertrophique de la cirrhose. La raison de cette curabilité réside toute entière dans un processus extrêmement curieux sur lequel ont insisté récemment M. Hanot et son élève Kahn; il se produit une hyperplasie compensatrice avec néoformation de cellules qui aboutit à une véritable régénération hépatique tendant à lutter contre la désintégration de l'organe par la cirrhose.

Je tenais à vous exposer aussi brièvement que possible ces considérations générales, pour que vous puissiez saisir tout l'intérêt du cas qui s'est présenté récemment dans le service, et dont plusieurs d'entre vous ont certainement gardé le souvenir.

Le 13 août 1897, nous avons reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 22, un homme âgé de 44 ans, porteur aux halles, d'apparence vigoureuse, qui venait réclamer nos soins pour de l'oppression, des troubles gastriques et surtout une augmentation du volume de son ventre qui l'inquiétait beaucoup. Le tout avait débuté il y avait environ deux mois par quelques pituites le matin, des vomissements alimentaires dans la journée, un peu de céphalée et une légère constipation; ce n'est que par hasard, en plaçant sa main sur l'abdomen, que le malade avait constaté que son ventre avait grossi d'une façon sensible, et qu'il avait remarqué une masse dure dans l'hypochondre droit. Cet homme est manifestement alcoolique; sa profession de porteur aux halles l'oblige, dit-il, à des excès répétés qu'il avoue avec la plus grande facilité; il boit beaucoup de vin, des petits verres de marc et de l'absinthe.

Nous procédons à un examen minutieux du malade, celui-ci étant couché. A l'inspection, le ventre n'est pas ballonné, il n'est pas globuleux, mais plutôt élargi transversalement et de préférence du côté droit. C'est à peine s'il est possible de voir quelques veinosités sous-cutanées; il n'y a donc pas à proprement parler de circulation veineuse complémentaire. La palpation de l'abdomen permet de constater qu'il n'y a pas trace d'ascite; il n'existe ni sensation de flot, ni matité dans les parties déclives. En explorant la région hépatique, on provoque une vive douleur, et en déprimant la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, on sent une masse dure qui n'est autre que le foie; le bord inférieur de l'organe est très appréciable de l'épigastre à l'hypochondre droit; il dépasse de trois travers de doigt le rebord costal; toute la partie de l'organe hépatique que l'on a sous la main est dure, mais lisse et unie, sans la moindre bosselure; la forme du bord inférieur est parfaitement conservée. La percussion confirme pleinement les renseignements fournis par la palpation, la matité hépatique commence à un travers de doigt au-dessus du mamelon pour ne se terminer qu'au-dessous des fausses côtes. Il y a donc hypertrophie, et non abaissement du foie. La percussion de la rate nous a permis de trouver une légère submatité à son niveau. On note une très légère teinte subictérique des conjonctives et un facies un peu coloré. L'examen des autres viscères ne nous donne aucun résultat important à signaler; il n'existe rien, ni du côté du poumon, ni du côté du cœur, mais les urines sont foncées et rares, elles ne contiennent ni sucre, ni albumine. Enfin, le malade n'est pas syphilitique.

En face de ce tableau symptomatique si net, vous m'avez vu porter sans hésitation un diagnostic ferme; je vous ai dit qu'il s'agissait d'une cirrhose hypertrophique alcoolique et qu'il ne pouvait être question d'une autre affection. Ce foie gros, hypertrophié, lisse, uni, dur, ne pouvait être, selon moi, qu'un gros foie cirrhotique alcoolique, et les aveux du malade sur ses habitudes antérieures imposaient ce diagnostic. Il n'y avait place, ni pour un cancer primitif du foie, un kyste hydatique, ni pour autre chose. Mais, si j'ai peu insisté devant vous sur le diagnostic différentiel de la maladie, je vous ai, au contraire, longuement parlé de son pronostic. Nous avons affaire, vous ai-je dit, à une de ces variétés de cirrhose hypertrophique alcoolique qui sont curables, et ce cas me paraît peut-être plus curable qu'un autre pour les raisons suivantes : d'abord nous n'avons pas d'ascite, il n'existe pas

Digitized by Google

d'hémorragies, nasales ou autres, nous ne constatons sur l'abdomen qu'un réseau veineux complémentaire insignifiant, enfin, la rate n'est pas très hypertrophiée. J'ai prescrit de légers purgatifs et le régime lacté absolu.

Mon pronostic ne s'est pas réalisé, car le malade a succombé dix-neuf jours après son entrée à l'hôpital : les accidents urémiques qui sont survenus par la suite m'ont forcé de modifier complètement mon opinion sur la curabilité du cas. Cette seconde partie de l'observation n'est pas moins intéressante que la première.

Au début du séjour du malade à l'hôpital, son état ne s'est nullement amélioré : la région hépatique est devenue plus douloureuse, une céphalée persistante s'est installée, les signes gastriques n'ont pas disparu. L'examen quotidien des urines ne révélait rien d'anormal, quand, quelques jours plus tard, le 20 août, nous y avons constaté la présence de traces d'albumine ; le taux de la quantité urinaire, déjà peu élevé, s'abaissait brusquement à 550 grammes. Le lendemain 21 août, les urines contenaient deux grammes d'albumine ; du 21 au 31 août, les quantités d'albumine se sont progressivement élevées de 2 grammes à 8 et 9 grammes par litre, et la quantité d'urines émises chaque jour a oscillé entre 550 et 1100 grammes : ces urines étaient très foncées, de couleur bouillon. Ces nouveaux signes se sont accompagnés d'une modification fâcheuse dans l'état du malade. La céphalée a fait place à un délire assez violent avec insomnie complète. Le malade était oppressé ; il présentait des râles de bronchite dans la poitrine, de l'œdème des jambes ; il répondait à peine aux questions qu'on lui posait et tomba dans un demi-coma dont nous le fîmes sortir, grâce à l'emploi de saignées locales faites à l'aide de ventouses scarifiées placées sur la région hépatique et sur la région rénale : une injection sous-cutanée de sérum artificiel contribua pour sa part à cette légère amélioration. Mais bientôt le délire reparut ; les réponses devinrent hésitantes, indécises ; le sommeil fut entrecoupé par des soubresauts, des réveils brusques. Le 31 août, l'œdème des jambes envahit le tronc, l'oppression augmenta, et le délire devint encore plus manifeste. L'état s'aggrava le lendemain et le surlendemain ; le malade tomba dans une prostration complète, dont il ne sortit que par instants, cherchant à prendre des objets imaginaires avec les mains. La respiration s'embarrassa de plus en plus, et le 1er septembre, à 11 heures du soir, malgré l'application répétée de ventouses scarifiées, nous pratiquâmes une saignée de 300 grammes. Ce malade succomba deux heures après avec de la cyanose, du refroidissement des extrémités recouvertes d'une sueur abondante et visqueuse.

Depuis plusieurs jours j'avais jugé l'état désespéré, et je vous avais dit que le malade était emporté par des accidents urémiques peut-être d'origine hépatique, mais à coup sûr d'origine rénale, l'insuffisance de la dépuration urinaire devenant le *primum movens* des désordres toxiques. Ce n'était là qu'une opinion, je n'avais pu l'étayer sur des recherches urologiques expérimentales, n'ayant pas eu à cette époque de l'année la possibilité de faire les examens répétés qu'en toute autre circonstance je n'aurais eu garde de négliger, et je vous disais que les lésions constatées à l'autopsie donneraient peut-être raison à mon hypothèse.

Nous avons fait l'autopsie et nous avons trouvé un peu de liquide dans le péricarde, de l'hydrothorax en quantité appréciable, et une absence complète d'ascite. La rate, diffluente, ne pesait que 320 grammes. Le cœur, gros, était surtout hypertrophié dans son ventricule gauche. Le foie et les reins étaient très altérés, et je vous demande la permission d'insister un peu sur leurs lésions. Le foie est volumineux, il pèse 2625 grammes : il est hypertrophié dans sa totalité, mais d'une façon inégale dans toutes ses parties, l'hypertrophie portant surtout sur le lobe gauche. Il existe une périhépatite fibreuse très développée sous forme de petites plaques blanches disséminées. De couleur jaunâtre, l'organe est très granuleux, parsemé d'une infinité de petites granulations grosses comme un grain de millet : il est dur à la coupe, et presente ces mêmes granulations sur les bords de l'incision. Il s'agit bien là de cirrhose hypertrophique. Les reins sont aussi très volumineux : le rein droit pèse 255 grammes, et le rein gauche 220 grammes. Les deux reins présentent une couleur blanchâtre, avec quelques marbrures à leur surface ; la capsule se détache facilement. A la coupe, on constate une congestion très marquée de la substance corticale, et par places des tractus blanc jaunâtres situées à la périphérie de cette substance : en un mot, on note les lésions macroscopiques ordinaires du gros rein blanc.

J'ai pratiqué des examens histologiques du foie et des reins. Le foie est atteint de cirrhose hypertrophique annulaire péri-veineuse, avec un processus cirrhotique très discret n'enserrant pas les lobules dans une épaisse gangue scléreuse. L'évolution conjonctive existe à ses différents stades ; le tissu de rétraction fibreuse y est exceptionnel : on voit des néocanalicules biliaires épars dans le tissu conjonctif. Mais le point sur lequel je veux attirer particulièrement votre attention, c'est l'état du lobule hépatique. La cellule hépatique est normale ; elle n'est atteinte ni du processus de tuméfaction trouble, ni de dégénérescence graisseuse ; les noyaux se colorent bien par les réactifs histo-chimiques. Malgré leur intégrité, les cellules hépatiques sont réunies en travées qui ne possèdent plus leur ordination normale. Les trabécules hépatiques paraissent néoformés par places : il y a disposition nodulaire en couches concentriques, figurant l'aspect du bulbe d'oignon. M. Kahn, à qui j'ai montré ces préparations, n'a pas hésité sur leur signification : il existe manifestement de l'hyperplasie compensatrice avec régénération hépatique, comme dans les cas observés par son maître M. Hanot et par lui. Le foie de notre malade était donc peu atteint, et la mort ne saurait être attribuée à une insuffisance hépatique, puisque cet organe était en

Digitized by Google

processus actif de régénération. Les lésions histologiques du rein vont nous donner la raison de cette apparente anomalie. Les reins sont atteints d'altérations diffuses avec prédominance des lésions épithéliales. De légers anneaux de sclérose s'étendent autour des glomérules et dans toute la région corticale. Les tubuli contorti sont complètement modifiés dans leur structure ; leur calibre est élargi, mais leur lumière est rétrécie par les produits de désintégration qui l'encombrent ; les cellules épithéliales ne forment plus qu'une zone trouble dans laquelle on voit encore de très rares noyaux ayant pris les matières colorantes ; par places, répondant aux taches blanches macroscopiques, on note des îlots d'altérations épithéliales plus marquées, caractérisées par une accumulation de blocs réfringents, identiques à ceux décrits dans la néphrite cantharidienne expérimentale. Ajoutons enfin que, par endroits, il existe quelques raptus hémorragiques.

Si maintenant vous voulez bien comparer l'état si délabré du parenchyme rénal à l'état d'intégrité relative du parenchyme hépatique, vous penserez immédiatement que la cause de la mort du malade doit être recherchée plus dans les lésions du rein que dans celles du foie : l'albuminurie progressivement croissante en est la preuve indéniable. Sous quelles conditions se sont développées ces lésions rénales ? Il m'est impossible de vous le dire, car nous n'avons noté ni infection surajoutée, ni rien qui puisse logiquement être incriminé ; c'est peut-être dans le fonctionnement insuffisant du foie, et dans l'élimination des matériaux toxiques par le rein qu'il faut en chercher la raison, ce cas de néphrite venant s'ajouter à tous ceux qu'on a décrits dans le cours des affections hépatiques. Quoi qu'il en soit, dans notre observation, l'albuminurie a été le témoin clinique de cette complication mortelle : ce symptôme, apparu dans une maladie qui me paraissait curable à divers points de vue, a transformé complètement le pronostic, le rendant rapidement fatal.

Je voulais insister devant vous sur ce signe capital qui devra désormais prendre une grande valeur, quand vous aurez à donner un avis sur l'évolution probable d'un cas de cirrhose hypertrophique alcoolique, et je tenais à vous indiquer aussi ce processus si curieux de la régénération hépatique qui permet la curabilité de la maladie, quand elle ne se complique d'aucune autre affection intercurrente.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Effets de l'opothérapie pancréatique dans un cas de diabète maigre

Par M. Deguy, *interne des hôpitaux*

Le 9 février entrait à la salle Chauffard, dans le service de M. Huchard, un malade âgé de 51 ans, sans passé pathologique. Homme du nord, il buvait surtout de la bière et ne nous a pas paru suspect d'alcoolisme. Depuis deux ans, à la suite d'une colère, dit-il, il fit la remarque qu'il mangeait plus que d'habitude et qu'il buvait beaucoup plus également, ses forces diminuèrent de plus en plus et il commença à maigrir. Inquiet de ces symptômes et d'une polyurie considérable, il entre à l'hôpital de Calais où on trouve du sucre dans ses urines et où on le met à un régime approprié. Mais son état ne s'améliore nullement, il fait un séjour de cinq mois à l'hôpital et continue toujours à maigrir ; ses dents tombent, les digestions se font mal. Il vient à Paris, et cherche du travail, mais bientôt sa faiblesse est telle qu'il vient consulter à l'hôpital Necker et entre dans le service. En l'examinant, il nous apprend que, depuis un mois, il a une diarrhée assez tenace, qu'il éprouve des crampes dans les mollets et qu'il a une faim et une soif continuelles (5 litres par jour). Il urine toutes les heures environ, de l'urine claire et limpide, il a un certain degré de parésie des membres inférieurs, sa langue est blanche, un peu sale, ses digestions sont bonnes ; au cœur, le premier bruit est sourd, il n'y a pas de souffle, la tension artérielle mesure 19 m/m. L'audition est moins nette ; les réflexes sont disparus. Le diagnostic de diabète maigre s'impose.

Le 13 février, M. Moreau, interne en pharmacie du service, nous donne l'analyse suivante des urines :

Volume, 5,000 ; D 1,024 ; réaction, un peu acide ; ext. sec, 63 ; cendres, 19 ; mat. org., 44 ; eau, 961.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Urée ..... | 5.12 | par litre | 25.52 | par 24 heures |
| Acide urique. | 0.11 | — | 0.55 | — |
| Chlorures.... | 4.59 | — | 22.95 | — |
| Ac. phosph.. | 0.70 | — | 3.50 | — |
| Albumine.... | néant. | | | |
| Sucre..... | 29.41 | — | 147.05 | — |
| Bile..... | néant. | | | |
| Indican ..... | néant. | | | |

Alors on soumet le malade à l'opothérapie pancréatique sans changer son régime, en le laissant au 4e degré, tel qu'il est compris dans les hôpitaux parisiens. Le pancréas est administré de la façon suivante : On fait une pulpe de pancréas de mouton que l'on additionne d'un peu de borax pour empêcher les fermentations, et on maintient le tout à une température très fraîche. Quelques jours après l'administration de cette pulpe pancréatique, la diarrhée reparaît, intense et incoercible, le sous-nitrate de bismuth, le diascordium, la poudre de talc, ne produisent aucun effet. Le malade nous affirme qu'il boit moins qu'avant, mais la quantité des urines reste la même, l'état général n'est pas sensiblement modifié ; le poids du malade a augmenté de 500 grammes du 13 au 22 février. Le 22 février on fait alors une nouvelle analyse des urines.

Volume, 5.250 ; D 1,024 ; réaction, neutre.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Urée ..... | 3.84 | par litre | 20.175 | par 24 heures |
| Chlorures... | 3.95 | — | 20.74 | — |
| Phosphates.. | 0.62 | — | 3.255 | — |
| Sucre..... | 48.10 | — | 252.52 | — |

Digitized by Google

Et nous constatons ce résultat que la *quantité de sucre a augmenté de 106 gr. en 8 jours*; l'urée a diminué, de même que les chlorures. On suspend alors la médication pancréatique et on soumet le malade au régime de Bouchardat, la diarrhée diminue dans les jours qui suivent, le malade qui allait 20 fois à la selle par jour n'y va plus qu'une dizaine de fois. On donne en même temps que le régime de Bouchardat, pendant 3 jours un gramme de sulfate de quinine, puis pendant 3 jours après 0.10 centig. d'extrait thébaïque, et enfin 1 gr. d'antipyrine *pro die* (pendant 2 jours). L'état général reste stationnaire, mais le 25 février, le malade accuse une certaine pesanteur, une certaine gêne à l'estomac. Cependant, le 2 mars, il se trouve assez bien, sa diarrhée a considérablement diminué, et une nouvelle analyse de M. Moreau nous donne la note suivante :

Sucre : 21 gr. 75 par litre, 130,50 par 24 heures.

En somme en 7 jours, la quantité de sucre avait diminué de 122 gr. 02 par 24 heures. La quantité d'urines restant sensiblement la même et oscillant autour de 5 litres.

Le malade tout en continuant son régime, est mis alors à l'antipyrine seule (2 gr. par jour), et une analyse du 12 mars donne:

Sucre : 26 gr. 31 par litre et 65,97 par 24 heures.

Afin de vérifier si le pancréas avait été pour quelque chose dans l'augmentation du sucre, nous continuons alors le régime de Bouchardat, nous supprimons l'antipyrine et nous reprenons le traitement pancréatique pendant cinq jours.

Résultat de l'analyse le 20 mars.

Sucre : 37 gr. 86 par litre, 113,58 par 24 heures

On cesse le pancréas le 21, tout en conservant le régime de Bouchardat. Le 28 mars une analyse donne :

Sucre : 62 gr. 05 par litre, 250 par 24 heures

L'augmentation du sucre avait coïncidé avec une augmentation de la diarrhée assez notable. Aucun autre trouble à noter. Le 28, toujours en continuant le même régime, on donne par jour quatre des cachets suivants :

Sulfonal..... } ãã 0 25 par cachet.
Antypirine..... }

Les analyses suivantes donnèrent

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Le 5 avril | 34,07 | par litre, | soit | 86,75 | par 24 heures |
| Le 21 — | 39,06 | — | — | 97,65 | — |
| Le 2 mai | 32,08 | — | — | 76,40 | — |
| Le 17 — | 29,80 | — | — | 60,40 | — |
| Le 2 juin | 23,30 | — | — | 42,07 | — |

Le malade se trouvant en état relativement bon demande son exéat.

Sans vouloir tirer de ce fait une conclusion quelconque, il faut admettre que s'il y a eu coïncidence, elle était réellement surprenante. Car, avec ou sans régime, par deux fois, la quantité de sucre a doublé sous l'influence de l'administration de pancréas. Le pancréas a-t-il été pour quelque chose dans l'augmentation du sucre ou dans l'exacerbation de la diarrhée. Nous ne saurions le dire, une seule observation ne permet pas une conclusion qui, si elle était possible, serait celle-ci : A savoir qu'à côté du diabète par annihilation de la fonction pancréatique, il y aurait un diabète par exagération de la fonction. D'autre part, s'il y avait coïncidence, ce serait un fait bien remarquable que ces extrêmes variations dans la quantité de sucre au cours du diabète maigre.

# ÉLECTROTHÉRAPIE

## L'électricité dans la maladie de Basedow

Par le Dr Emile Neumann (de Paris)

L'électricité constitue un des moyens les plus sûrs et les plus efficaces dans le traitement du goitre exophtalmique. On l'emploie, soit sous forme de courants galvaniques, soit sous forme de courants faradiques ; quelques médecins ont également eu recours à la franklinisation.

Préconisée d'abord par Remak, puis par Dusch et Chvostek, la galvanisation a été successivement mise en usage par Benedickt, Eulenburg, Gutman, Wietfeld, Erb, Onimus, Meyer, Ziemssen, etc. On l'applique de la manière suivante : on procède d'abord à la galvanisation ascendante de la colonne cervicale, l'anode (pôle positif) placée entre les deux omoplates, la cathode (pôle négatif) appliquée dans la région de la nuque ; le courant employé devra être faible (3 à 5 milliampères) et la durée de l'électrisation n'excédera pas trois minutes. On galvanise ensuite le sympathique en mettant pendant 2 ou 3 minutes le pôle positif sur la colonne cervicale et le pôle négatif sur la région latérale du cou derrière l'angle de la mâchoire inférieure ; là encore il faut avoir soin de n'employer qu'un courant de faible intensité et il importe de ne pas prolonger l'application au delà de deux ou trois minutes.

Erb, en vue d'agir directement sur la moelle allongée, fait parfois passer le courant obliquement et transversalement à travers la tête ; contre l'exophtalmie il a, à diverses reprises, eu recours au courant galvanique dirigé à travers les orbites, d'une tempe à l'autre.

La faradisation a été préconisée par Vigouroux ; l'application se fait ainsi qu'il suit : un tampon large en communication avec le pôle positif d'un appareil d'induction est placé dans la nuque, pendant que le pôle négatif, sous forme d'une petite électrode olivaire, est appliqué sur le bord interne du muscle sterno-mastoïdien au niveau de l'angle de la mâchoire; la pression au point d'application, ainsi que le fait remarquer Vigouroux, doit être énergique et le courant assez intense ; le tampon olivaire est ainsi appliqué pendant une à deux minutes sur chaque carotide.

On procède ensuite à l'électrisation des régions oculaires et dans ce but l'olive, placée d'abord sur le bord

Digitized by Google

externe de l'orbite, est promenée sur le pourtour de celle-ci et sur les paupières elles-mêmes.

Pour l'électrisation du corps thyroïde, on remplace le tampon olivaire par un tampon large qui est successivement appliqué sur les diverses portions de la tumeur thyroïdienne.

Pour faradiser la région précordiale, le tampon placé dans la nuque, qui jusque-là était relié au pôle positif, est mis en communication avec le pôle négatif, pendant que le pôle positif, sous forme d'une électrode large de 3 à 4 centimètres, est appliqué sur la région du cœur ; le courant sera faible et la durée de l'application ne dépassera pas 3 minutes.

La durée totale de la séance de faradisation variera de 10 à 12 minutes et l'application sera faite trois ou quatre fois par semaine.

Pour être complet nous devons encore citer l'électrisation généralisée et le procédé d'Eulenburg qui emploie des bains hydro-électriques, soit faradiques, soit galvaniques, combinés avec la méthode de faradisation de Vigouroux.

L'électricité statique a été également mise en usage soit sous forme de bain électrique, soit sous forme d'étincelles électriques le long de la colonne cervicale, au niveau de la région du cou et au niveau de la région précordiale.

Après avoir décrit les divers modes d'électrisation dont on se sert pour appliquer l'électricité dans le traitement de la maladie de Basedow, il nous reste à indiquer quelle est la méthode à laquelle il convient de donner la préférence.

Ecartons d'abord l'électricité statique ; nous l'avons employée à diverses reprises et toujours sans succès ; c'est un moyen absolument impuissant dans l'espèce ; tout ce que nous pouvons en dire c'est qu'il est d'uue parfaite innocuité, mais en aucun cas nous n'avons obtenu de résultat favorable et on ne peut attendre de l'électricité statique ni guérison, ni amélioration.

Pendant de longues années la galvanisation a été seule employée ; c'est la méthode à laquelle nous donnions autrefois la préférence, et nous avons vu, sous l'influence de ce traitement, un grand nombre d'améliorations et même quelques guérisons de malades atteints de la maladie de Graves.

En présence des résultats publiés par le Dr Vigouroux, nous avons, durant un certain temps, renoncé à la galvanisation pour faire usage exclusivement des courants faradiques, et nous avons encore eu à enregistrer un assez grand nombre de succès. Toutefois nous n'avons pas tardé à observer que si le goitre et même l'exophtalmie ont une tendance plus rapide à disparaître sous l'influence du courant faradique que du courant galvanique, la tachycardie, au contraire, se montre plus rebelle ; il est aussi à noter que l'amélioration de l'état général est beaucoup moins marquée à la suite de la faradisation.

Dans ces conditions nous avons estimé qu'il y avait peut-être avantage de combiner les deux courants et qu'au lieu de s'en tenir exclusivement à la faradisation ou à la galvanisation, il convenait de faire usage à la fois de ces deux modes d'électrisation. Une expérience personnelle, aujourd'hui déjà longue, nous a démontré que nous étions dans le vrai ; aussi est-ce à ce procédé d'électrisation mixte que nous donnons la préférence et le traitement que nous préconisons peut se résumer ainsi qu'il suit :

1° Faradisation d'après la méthode de Vigouroux (pendant dix à douze minutes).

2° Galvanisation de la région cervicale de la moelle, galvanisation de la région latérale du cou, galvanisation du corps thyroïde, durée totale de la galvanisation 6 à 8 minutes, courants faibles de 4 à 5 milliampères.

Les séances d'électrisation auront lieu trois ou quatre fois par semaine.

Sous l'influence de ce traitement mixte nous avons constaté un amendement marqué au moins dans les deux tiers des cas observés ; diminution sensible du goitre, de l'exophtalmie, du tremblement, atténuation sensible de la tachycardie ; état général notablement amélioré.

L'amélioration se produit assez lentement, au bout de six semaines à deux mois au plus tôt ; cependant dans certains cas légers le mieux se fait sentir dès la troisième ou la quatrième semaine. Quoi qu'il en soit, pour fixer les résultats obtenus et arriver à une amélioration définitive et chez un grand nombre de malades à une guérison complète, il faut continuer le traitement pendant plusieurs mois et voire même pendant un ou deux ans.

Il est à peine besoin d'ajouter qu'il y a des cas d'affection de Basedow absolument rebelles à l'électricité ; aussi lorsque chez une personne atteinte de la maladie de Graves, la faradisation et la galvanisation régulièrement appliquées n'ont donné aucun résultat au bout de trois mois, il n'y a pas lieu d'insister et il vaut mieux renoncer à ce moyen de traitement.

Quelques mots, en terminant, de l'état de la résistance électrique dans la maladie de Basedow. On sait que Vigouroux a, le premier, signalé la diminution de la résistance du corps humain au passage decourants électriques dans le goitre exophtalmique. Ce symptôme a fait depuis l'objet d'études de Martius, de Kahler, d'Eulenburg et de Cardew qui ont confirmé dans une certaine mesure la manière de voir de Vigouroux. La diminution de la résistance électrique est, en effet, très fréquente ; mais il est toutefois des cas où cette résistanceest normale alors même qu'il n'y a pas complication d'hystérie, contrairement à ce que soutient Vigouroux. La diminution de la résistance dans la maladie de Basedow ne dépendrait pas, d'après Kahler, du système vasomoteur, elle tiendrait uniquement à l'humidité de la peau due à la transpiration. Cette manière de voir, qui nous semble répondre à la réalité des faits, a été confirmée pas Cardew qui a mis en lumière les variations de la résistance électrique chez les

Digitized by Google

sujets sains suivant que la perspiration cutanée est plus ou moins accentuée ; et il a conclu de ses observations que l'augmentation de la perspication cutanée si fréquente chez les malades atteints d'affection de Basedow, devait seule être mise en cause pour expliquer le phénomène signalé par Vigouroux.

## Formulaire du Praticien

### Emploi thérapeutique de la gélatine

Dans un précédent numéro de ce journal (23 oct 1897), notre collègue Flœrsheim avait parlé des propriétés hémostatiques de la gélatine, mais son résumé du travail de Dastre et P. Carnot parlait simplement de l'emploi de la gélatine comme hémostatique local. Nous nous proposons aujourd'hui d'en faire l'étude comme hémostatique général, et à ce sujet deux choses sont à envisager : l'emploi thérapeutique de la gélatine dans les anévrysmes aortiques, et dans les hémoptysies rebelles des tuberculeux.

Contre les anévrysmes aortiques, la gélatine a été employée par M. Lancereaux (Acad. médecine, juin 1897). M. Lancereaux a rapporté l'histoire d'un malade atteint d'un anévrysme lié à une aortite paludéenne, et accompagné de crises d'angor pectoris. Cet anévrysme, douloureux, avait érodé les cartilages costaux et formant une tumeur à la surface de laquelle se trouvaient des bosselures ecchymotiques, molles, et dépressibles au niveau desquelles, on sentait que le sang était directement en contact avec la peau très amincie. M. Lancereaux fit alors à la cuisse une injection de 50 cmc. de solution de gélatine au 1/00 à 37°. A la suite, il observa un peu de rougeur, à l'endroit de l'injection, et la température monta à 38 degrés. Les douleurs cessèrent. Puis, on fit ensuite 12 injections de 150 grammes espacées de deux à cinq jours. Au sujet du résultat nous laissons la parole à M. Lancereaux : « Aujourd'hui, dit-il, la tumeur a diminué de volume, elle est très ferme, et, par la palpation, on y perçoit des battements, mais ce sont des battements en masse transmis par l'aorte, et non pas des battements d'expansion, comme ceux que le malade présentait à son entrée dans le service. En outre, le malade n'éprouve plus aucune douleur et insiste tellement pour sortir que nous le laissons partir. »

C'est après avoir pris connaissance de cette observation de M. Lancereaux que nous avons eu l'idée d'employer la gélatine contre les hémoptysies rebelles des tuberculeux, et, à ce sujet, nous rapporterons l'observation d'un malade du service de M. Huchard, observation qui a été rédigée, sous notre direction, par M. Bourgain, externe du service.

Un malade de 22 ans entre à la salle Chauffard en novembre 1897. Son hérédité est nulle, son père et sa mère sont en bonne santé. Dans son enfance, il eût des convulsions, mais, somme toute, il s'est toujours bien porté jusqu'il y a trois mois. A ce moment, dit-il, il aurait eu un chaud et froid, avec de la toux sèche et des hémoptysies abondantes qui auraient duré une huitaine de jours. On lui ordonna alors des injections d'ergotine, une potion d'ergotine, des boissons glacées, du repos absolu, et l'application de ventouses sèches dans le dos. Les hémorragies qui duraient déjà depuis huit jours, cessèrent après deux jours de ce traitement.

Il reprit son travail le 20 septembre, sans trop de fatigue, son état général était bon, pas de toux, pas de sueurs nocturnes. Cependant, il prit un traitement à l'huile de foie de morue et à la créosote. Le dimanche 31 octobre, à la suite d'un accès de toux, les hémoptysies ont réapparu très abondantes. M. Weber le met alors à l'ergotine sans succès, et le malade entre le 2 novembre 1897 à la salle Chauffard. La nuit de son entrée, il rend la valeur de deux crachoirs de sang. On lui fait une injection d'ergotine et M. Huchard fait administrer de l'ipeca. Mais, le lendemain, il a de nouveau trois hémoptysies dans la journée. Pendant deux jours encore, le malade a trois hémorragies abondantes par jour, et, chaque fois, il rend la valeur de deux crachoirs de sang. L'ergotine est alors abandonnée et on prescrit des boissons glacées avec trois grammes d'acide gallique en potion. On fait la ligature des membres, sans succès du reste. On fait huit piqûres de morphine, et les hémoptysies continuent cependant, très abondantes.

Alors, la faiblesse du malade devient extrême et chaque hémoptysie est annoncée par une quinte de toux, par des bouffées de chaleur, de la rougeur du visage, une saveur hématique dans la bouche.

C'est, alors que le 9 octobre au matin, en présence de nos échecs thérapeutiques, nous avons l'idée d'employer la médication suivante : 1° calmer les quintes de toux pendant l'hémoptysie par une potion ainsi conçue :

| | |
|---|---|
| Alcoolature de belladone..... | X gouttes |
| — aconit..... | XX — |
| Eau de laurier-cerise..... | 20 gr. |
| Sirop de morphine..... | 60 gr. |

Potion qui fut d'ailleurs remplacée, les jours suivants, par du sirop de codéine et du sirop de morphine.

2° Utiliser les propriétés coagulantes de la gélatine, nous basant en cela sur l'observation de M. Lancereaux.

Le 9 au matin, injection sous-cutanée au niveau de l'abdomen de 100 centig. d'une solution de gélatine à 7 0/000. Dans la journée, deux crachements de sang un peu moins abondants. Pendant la nuit, douleur au point de l'injection, la température normale, pendant tous les jours qui ont précédé, monte à 39.6.

Le 10 au matin : la peau au niveau de l'injection de la veille est rouge et il y a de la douleur à la pression. Nouvelle injection de 100 centig. Avant l'injection

Digitized by Google

il y avait eu encore une légère hémoptysie (1/2 crachoir de sang). Le 10 au soir, nouvelle injection de 100 centim. Dans la nuit du 10 au 11, hémoptysie moins abondante que d'ordinaire, cependant le soir, température 39° 4.

Le 11 au matin, température 38°. Grande faiblesse, nouvelle injection de 100 centig. A 3 heures, hémoptysie.

Le 12, 100 centig. le matin. Une hémorragie très légère la nuit. On fait en même temps une injection d'ergotine.

Le 13 une injection d'ergotine, plus d'injections de gélatine, plus d'hémoptysies. Depuis cette époque, tout traitement est cessé et les hémoptysies n'ont plus reparu.

Cette observation n'est certes pas absolument probante ; toutefois, l'action de la gélatine nous a paru être d'une efficacité non douteuse, surtout, si l'on songe qu'avant son emploi, les hémoptysies avaient été rebelles à toute thérapeutique. D'ailleurs, il a été manifeste que, sous la seule influence des injections gélatineuses, les hémoptysies ont diminué de nombre et d'intensité, et elles ont totalement cessé le 12. Il est vrai que, ce jour-là, il a été fait concurremment une injection d'ergotine et qu'on pouvait attribuer à cette dernière le rôle primordial. A cela nous répondrons que, à plusieurs reprises, l'ergotine est employée sans succès et que, même sans elle, les hémoptysies avaient diminué. L'ergotine nous a paru jouer simplement le rôle d'adjuvant, son utilité provenant des propriétés vaso-constrictives de ce médicament, qui, s'ajoutant aux propriétés coagulantes de la gélatine, ont déterminé la cessation complète des hémoptysies. En tous cas, et c'est ce qui nous a déterminés à publier cette observation, la gélatine paraît devoir rendre des services dans les hémoptysies graves et rebelles des tuberculeux et notre observation sera un précédent, pour quiconque voudra, en désespoir de cause, essayer de ce mode de traitement. Des recherches sur ce sujet sont nécessaires et ce n'est que par un nombre assez grand d'observations que l'on pourra juger de la question. Mais nous pouvons d'ores et déjà avertir des effets produits par les injections gélatineuses, effets relatés dans l'observation de M. Lancereaux et la nôtre. Ces effets sont au nombre de trois :

1° L'hyperthermie consécutive aux injections gélatineuses, hyperthermie pouvant aller à 39 ou 40° ;

2° La douleur à niveau de l'injection, douleur assez intense et assez persistante ;

3° La rougeur inflammatoire qui existe au même endroit et cela en l'absence d'infection secondaire, toutes les précautions nécessaires ayant été prises pour les éviter.

Nous espérons que de nouvelles observations viendront à l'appui de la nôtre et que la gélatine pourra dans quelques cas où l'ergot de seigle, seul, est insuffisant, rendre des services aux médecins praticiens. — M. Deguy.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Les vomissements incoercibles des femmes enceintes ; leur guérison rapide.** — Appliquant la méthode de la *palpation prolongée* du tube digestif à l'examen des femmes grosses atteintes de vomissements incoercibles, le Dr Jules Geoffroy (de Paris) est arrivé à constater que ces vomissements étaient dus à une contracture du tube digestif (pylore, duodénum), mais plus particulièrement de l'angle ilio-pelvien du côlon. La contracture du pylore et du duodénum étant elle-même secondaire et résultant de celle de de l'angle ilio-pelvien du côlon, c'est sur ce dernier point qu'il faut agir.

La *palpation prolongée*, qui permet de reconnaître cet état d'hyperesthésie et de contracture, en constitue aussi le traitement ; son action est certaine et rapide. En une, deux ou trois séances très courtes, elle calme l'hyperesthésie, fait cesser la contracture. La disparition de ces phénomènes entraîne celle des vomissements dont ils étaient la cause et la guérison s'établit ainsi rapidement. L'auteur rapporte plusieurs observations concluantes à l'appui de sa découverte. (*Congrès de Moscou.*)

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**La polynévrite chez les poules.** — Il y a déjà quelques années que le Dr Eykman a signalé le développement de la névrite multiple chez les poules, à la suite de l'alimentation exclusive de ces volatiles au moyen de riz. De nouvelles recherches, dont le résultat se trouve consigné dans un travail récent (*Gen. Tydschr. v. N.-Indië*, novembre 1896), permettent de déterminer avec plus de précision la pathogénie de ces accidents.

On sait que le grain de riz présente une double enveloppe. L'enveloppe externe, assez grossière, s'enlève facilement, tandis que la pellicule interne, très fine et argentée, se détache beaucoup plus difficilement. Le riz, débarrassé de son enveloppe grossière, constitue le *riz rouge*, servant à l'alimentation des indigènes. Quant au riz complètement mondé, il est exclusivement réservé à l'usage des Européens.

Il résulte des expériences comparatives de Eykman que c'est uniquement le riz débarrassé de sa double enveloppe qui donne lieu chez les poules aux accidents de polynévrite, dont l'éclosion peut d'ailleurs être prévenue par l'administration simultanée d'une quantité convenable de ces fines pellicules argentées constituant l'enveloppe interne du grain de riz. Bien plus, l'administration de ces pellicules suffit à faire disparaître les manifestations polynévritiques développées chez la poule dans les conditions que nous venons d'indiquer.

L'analyse chimique de l'enveloppe interne du grain de riz a montré qu'elle est constituée surtout par des substances albuminoïdes et des sels. Toutefois, en fournissant à l'animal ces éléments diététiques sous une autre forme, on assiste néanmoins au développement des accidents morbides, dont la véritable cause n'a pu être déterminée jusqu'ici par l'auteur.

Eykman se croit en droit de supposer que la dégénérescence nerveuse est de nature toxique. Il pense que, durant le séjour du riz dans le jabot, il se développe aux dépens de la matière amylacée certains produits de transformation dont l'action toxique se porte sur les nerfs. Toutefois, il n'a pu isoler ces produits et par conséquent, jusqu'à nouvel ordre, cette explication est purement hypothétique. — L. Demoor.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## OTOLOGIE

**Construction facile d'un explorateur électrique des corps étrangers.** — Les praticiens de province, éloignés de tout centre, peuvent avoir à rechercher la présence, dans les tissus, d'un corps étranger métallique ; généralement il s'agit d'une balle de revolver. La rareté relative de ces cas et le prix assez élevé de l'instrument font que bien peu possèdent des explorateurs qui, comme celui de Trouvé, donnent des renseignements beaucoup plus précis que ne le peut faire le simple stylet de trousse.

Nous allons indiquer le moyen de faire soi-même un explorateur avec les éléments que la plupart des médecins possèdent chez eux et pouvant rendre les mêmes services que l'explorateur de Trouvé.

L'instrument se compose de trois parties : *la source d'électricité, l'avertisseur* et le *stylet explorateur*.

On peut faire ce dernier très simplement en coupant la pointe d'un galvano-cautère, de façon que les extrémités des fils de platine soient distantes d'environ un millimètre et soient exactement à la même hauteur.

A défaut de galvano-cautère, on peut simplement se servir de deux fils de cuivre, de 12 à 20 centimètres de long solidement fixés ensemble, mais séparés dans toute leur longueur par des spirales de fil de soie ou même de coton de façon qu'ils ne se touchent en aucun point ; une de leurs extrémités doit être mousse et très rapprochée, l'autre présente une boucle pour fixer les fils conducteurs.

Ce stylet en fils de cuivre a l'avantage d'être souple et de prendre toutes les formes qu'on veut lui donner.

Deux stylets aiguillés de trousse ou deux aiguilles à tricoter, ajustés de la même façon, pourront fournir un stylet rigide.

Comme *avertisseur*, on peut se servir d'une sonnerie d'appartement ou d'un galvanoscope ou d'une simple boussole.

La *source d'électricité* peut être fournie par une pile Leclanché ou toute autre pile suffisante pour actionner la sonnerie ; comme conducteurs on pourra utiliser les fils souples des piles médicales ou des sonneries d'appartement.

Les trois parties seront reliées ensemble de la façon suivante : un fil conducteur sera fixé d'une part à l'un des pôles de la pile, le positif par exemple, et d'autre part à l'un des deux fils qui constituent le stylet explorateur ; un autre conducteur reliera le pôle négatif de la pile à l'une des bornes de la sonnerie ou du galvanoscope ; enfin un troisième conducteur réunira l'autre borne de la sonnerie ou du galvanoscope au deuxième fil métallique du stylet explorateur ; on obtient ainsi un circuit presque continu ; l'intervalle qui sépare les deux stylets, fixés ensemble comme deux canons de fusil, empêche seul le courant de passer.

Si on vient à toucher un corps métallique avec les extrémités des deux stylets, extrémités qui doivent être à la même hauteur et très rapprochées, le circuit devient ainsi continu et la sonnerie se fait entendre ou l'aiguille du galvanoscope se dévie ; le corps étranger métallique venant combler l'intervalle qui sépare les deux fils du stylet permet au courant de circuler d'un pôle à l'autre.

Les métaux seuls conduisant l'électricité, il est entendu que tout corps d'autre nature ne serait pas décelé par ce moyen d'exploration.

Si on se sert d'une boussole comme avertisseur, les deux pôles de la pile seront réunis directement par des fils souples aux deux stylets de l'explorateur, mais avec l'un des fils on fera plusieurs tours de spire autour de la boussole dans une direction parallèle à l'aiguille aimantée ; on obtiendra ainsi un multiplicateur ou galvanomètre qui rendra l'aiguille plus sensible et en augmentera la déviation sous l'influence du courant.

L'antisepsie de la partie de l'instrument qui pénètre dans les tissus peut être assurée par l'immersion dans les solutions antiseptiques d'acide phénique, de phénosalyl, microcidine, etc.

Avant d'utiliser l'instrument, il sera prudent de l'essayer afin de ne pas obtenir de faux renseignements ; si l'aiguille aimantée se dévie ou si la sonnerie fonctionne alors qu'aucun corps métallique ne touche les extrémités des stylets explorateurs, c'est que ces derniers ne sont pas suffisamment isolés l'un de l'autre.

Si dans le cours d'une exploration méthodique le corps métallique n'a de contact qu'avec l'extrémité d'un stylet, l'avertisseur ne fonctionnera pas, bien qu'il existe réellement dans les tissus un corps étranger : *les deux pointes de l'explorateur doivent toucher en même temps* l'objet de métal pour que la présence de ce dernier soit dénoncée. — Dr A. Courtade, *assistant du service laryngo-otologique de Lariboisière.*

## CLINIQUE MÉDICALE

**De la morve humaine.** — L'étiologie et la pathogénie de l'infection farcino-morveuse sont aujourd'hui assez bien connues pour qu'il soit inutile de les exposer à nouveau. Il n'en est pas de même du diagnostic et du traitement de cette maladie. On sait aujourd'hui que la morve et le farcin ne sont qu'une seule et même maladie, caractérisée par des lésions des voies respiratoires dans le premier cas, par des abcès à tendance ulcéreuse dans le

Digitized by Google

second. Si l'on décrit encore une morve aiguë et une morve chronique, un farcin aigu et un farcin chronique, il n'en est pas moins vrai que chez l'homme la morve est ordinairement aiguë et le farcin plutôt chronique. Quant au farcin aigu, il est exceptionnel ; la morve chronique peut-être moins rare, se voit parfois à la suite du farcin chronique. Il importe donc de bien connaître la morve aiguë et le farcin chronique avec ses modalités cliniques.

La morve aiguë débute par des phénomènes généraux, tantôt sans qu'il y ait inoculation appréciable, tantôt en même temps que la plaie d'inoculation s'entoure de traînées lymphangitiques. Les ganglions sont alors rapidement envahis. Puis, les accidents caractéristiques apparaissent : pustules et ulcérations de la muqueuse du nez de la cavité bucco-pharyngienne et du larynx, bientôt accompagnées de lésions broncho-pulmonaires mortelles, gonflement érysipélateux, sorte d'œdème dur de la face, éruption pustuleuse avec ou sans ulcération dont le siège de prédilection est la face. La durée de la morve aiguë est de trois à quatre semaines : elle peut ne pas dépasser quatre ou cinq jours quand elle succède au farcin chronique.

Le début du farcin chronique est ordinairement insidieux : une simple lassitude et de vagues douleurs articulaires sont les seuls prodromes. Dans quelques cas cependant, il éclate brusquement par des phénomènes généraux et de la lymphangite autour du point inoculé. Les abcès caractéristiques ne surviennent qu'au bout de deux ou trois mois. Ces abcès occupent le tissu cellulaire ou les muscles superficiels, de préférence aux points contusionnés ; ils sont nombreux et disséminés sans ordre sur toutes les parties du corps, mais surtout aux membres inférieurs. Leur évolution est lente ; le pus qu'ils contiennent est plus ou moins mêlé de sang et de tissus macérés. Un certain nombre de ces abcès ont une disposition assez régulière en rapport avec les traînées d'angioleucite. Quels qu'ils soient, leur ouverture laisse une ulcération parfois fistuleuse, et toujours fort longue à se cicatriser. En même temps, on observe des douleurs articulaires, un gonflement douloureux du testicule (sarcocèle farcineux), de la fièvre hectique, et enfin une cachexie croissante. La mort survient ordinairement au bout d'un an, parfois au bout de quelques mois. La guérison est rare.

La maladie peut se localiser à l'un des membres au niveau du point inoculé, sous forme d'angioleucite farcineuse, ou bien à la face : c'est la farcinose mutilante rappelant les syphilides térébrantes.

En présence d'un cas douteux, on pourra songer à une lymphangite simple, au rhumatisme articulaire aigu, à un début de fièvre typhoïde ou de grippe. La marche de l'affection et les lésions caractéristiques, sans parler de l'examen bactériologique, lèveront toute hésitation. La pyohémie se distinguera par l'existence de lésions viscérales, l'œdème charbonneux par sa rapide extension et sa tendance gangréneuse, la phlébite de la face par sa localisation et l'absence des phénomènes concomitants de la morve, les ulcérations syphilitiques par les douleurs ostéocopes, par leur tendance à gagner la profondeur et à détruire les os. Enfin, certains cas de tuberculose du nez et de la gorge, de lèpre ou d'épithéliomatose nécessiteront souvent l'examen bactériologique.

Comme le fait observer M. Joubert dans son intéressant travail (*Thèse Paris*, 1897), la méthode de Strauss est, en pathologie humaine, le moyen le plus sûr et le plus rapide de diagnostiquer la morve. En effet, l'inoculation intrapéritonéale du bacille morveux détermine chez le cobaye en 24 heures, une orchite double.

Au point de vue prophylactique, il suffirait de simples précautions de propreté et d'antisepsie pour éviter tous les accidents, en pratiquant le bouillage et l'équarrissage des chevaux morveux abattus. Les hommes chargés de soigner un cheval malade devront éviter toute piqûre des mains pendant le bouchonnage ; ils sauront que l'eau du seau est contaminée et devront s'abstenir de coucher à l'écurie.

S'il s'agit des soins à donner à un homme morveux, la chambre du malade sera constamment aérée et les précautions les plus minutieuses devront être prises, comme pour les maladies les plus virulentes.

Le traitement local de la plaie, au moment même de la piqûre, est le plus important et le plus efficace : débrider la plaie, faire saigner copieusement, enlever les moindres corps étrangers, les tissus lacérés, puis cautériser soit au nitrate d'argent, soit au fer rouge, tels seront les premiers soins d'urgnce. En présence d'abcès déjà formés, une ouverture large et précoce de l'abcès, suivie de curettage et d'un pansement à l'aide d'un tampon d'ouate trempé dans une solution de chlorure de zinc au 1/10e promené dans la cavité artificielle, et remplacé par de la gaze iodoformée, donneront les meilleurs résultats.— A. Weber.

---

**Paralysie de la corde vocale gauche dans le rétrécissement mitral.** — Les paralysies recurrentielles s'observent souvent dans les anévrysmes de l'aorte, dans la périaortite, dans les pleurésies. M. Ortner (de Vienne) a vu deux fois la corde vocale gauche paralysée dans le rétrécissement mitral, à la suite de compression du nerf récurrent entre la crosse de l'aorte et l'oreillette gauche dilatée. Dans son premier cas, il avait cru à la coexistence d'un anévrysme aortique, malgré le jeune âge du malade, un mécanicien de 17 ans. L'autopsie démontra que le nerf était comprimé entre l'aorte saine et l'oreillette gauche considérablement dilatée.

Dans le second cas, le diagnostic fut fait du vivant de la malade, et pleinement confirmé à l'autopsie Les nerfs récurrents furent trouvés atteints de dégénérescence à l'examen histologique (*Wiener med. Wochenschrift*). A l'avenir, les laryngologistes devront tenir compte de cette pathogénie.— Bd.

Digitized by Google

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**La cure marine dans la tuberculose pulmonaire.** — Faut-il envoyer les tuberculeux pulmonaires à la mer? Cette importante question de climathérapie, longtemps litigieuse, qui intéresse à la fois médecins et malades, vient d'être précisée par le Dr Lalesque. L'élément curatif par excellence de la tuberculose pulmonaire est la pureté atmosphérique. A ce point de vue, la mer vaut la montagne. Bien plus, en tant qu'asepsie atmosphérique, la mer prime tout. Le climat doit, en outre, par tous ses éléments météorologiques, se rapprocher le plus possible de la *stabilité*. Ce qui caractérise le climat de la côte atlantique française et d'Arcachon en particulier, c'est la faible amplitude des oscillations diurnes, saisonnières, annuelles au point de vue thermique, barométrique, hygrométrique et anémologique. A ces conditions climatiques *tempérées* et *stables* de notre littoral sud-ouest viennent s'ajouter les heureuses conditions d'une atmosphère forestière résineuse, ensemble qui crée un climat *sédatif* et *tonique*.

Que dans ce climat, on soumette le tuberculeux à la cure d'air et de repos, on obtient des résultats n'ayant rien à envier aux cures d'altitude. Cette cure libre, opposée à la cure militaire des sanatoria proprement dits, est parfaitement réalisable, quoi qu'on en ait dit. Cela ressort de la lecture du travail du Dr Lalesque (*Cure marine de la phtisie pulmonaire*, chez Masson). Aussi, sur la rive atlantique française, voit-on, comme l'avait affirmé Laennec, la tuberculose pulmonaire s'améliorer et guérir à ses trois périodes dans un grand nombre de cas ; il suffit de savoir utiliser les ressources du climat marin et forestier, autrement maniable que le climat rigoureux de la montagne.

La cure atlantique est plus particulièrement indiquée chez les prédisposés *pulmonaires* : coqueluches graves ou compliquées de broncho-pneumonie, adénopathies trachéo-bronchiques, pleurésies simples ou purulentes, congestions ou indurations pulmonaires consécutives à la rougeole, fièvre typhoïde, grippe, bronchites tenaces et suspectes, etc. Dans tous les cas, les résultats sont excellents. La forme hémoptoïque de la tuberculose pulmonaire ne saurait trouver des conditions ambiantes meilleures, l'observation clinique le démontre. Il en est de même de la forme créthique, tandis que la forme torpide y est contre-indiquée, de même que la forme granulique.

La phtisie galopante, la pneumonie caséeuse peuvent bénéficier de la cure atlantique, mais, dans ces cas, le malade ne doit être envoyé au littoral que pendant les phases de calme, que pendant les trêves de la tuberculose. Ces trêves, la mer les prolonge et répare en partie les dégâts locaux et généraux d'une première attaque. Non seulement le cœur des tuberculeux, mais même celui des artério-scléreux n'a rien à redouter du climat marin. Bien au contraire, les conditions d'une pression atmosphérique élevée et stable, ralentissant et amplifiant l'inspiration thoracique, apaisant notoirement le système nerveux, mettent les cardiaques dans un soutien autrement favorable que l'altitude. Si la saine appréciation des faits, et non la mode, guidait les phtisiques dans le choix d'un climat ; la connaissance de la valeur climathérapique de notre littoral sud-ouest devait faire cesser toute hésitation.

## CHIRURGIE MILITAIRE

**Comment traiter en temps de guerre les fractures par coup de feu?** — Les fractures par coup de feu, bien que du ressort de la thérapeutique générale des fractures, présentent néanmoins, dans leur traitement, quelques points intéressants à signaler et qui tiennent aux conditions particulières dans lesquelles elles surviennent. Il s'agit d'un champ de bataille ; il faut aller vite, ménager les forces du blessé, et lui appliquer un appareil solide, provisoire, ou lui permettant d'être transporté dans un hôpital sédentaire. Cette question, ainsi qu'on le voit, est des plus importantes, et M. Nimier l'a traitée, avec sa compétence bien connue, au récent Congrès de Moscou. Il faut rechercher, dit-il :

1° « Quels appareils il convient de laisser appliquer par les brancardiers pour que le *blessé gagne l'ambulance* avec le minimum d'aggravation de son traumatisme ;

2° Quels appareils les chirurgiens pourront utiliser pour l'*évacuation* à grande distance du blessé atteint de fracture par coup de feu. »

I. *Immobilisation des fractures sur le champ de bataille.* Les brancardiers n'ont nullement besoin d'être munis d'éléments nécessaires à la confection extemporanée d'appareils de fractures. Sans qu'ils aient à mettre à nu la région blessée, ce qui doit leur être défendu — à moins d'hémorrhagie — ils trouveront dans les vêtements et l'équipement du malade des moyens suffisants déde ligation.

Ainsi, dans une fracture de l'épaule, du coude, de l'avant-bras, le patient prendra lui-même la bonne position en flexion du membre que le membre opposé maintiendra ; pour rendre à ce dernier sa liberté, on lui substituera une *écharpe* qui peut être faite avec le *pan de capote*, relevé, rabattu sur l'épaule, attiré sur la nuque, la boutonnière fixée au bouton de l'épaulette du côté sain. Quelques troupes d'infanterie n'ont pas de capote ; rien ne sera plus facile de faire une écharpe semblable avec la large ceinture de laine dont elles sont pourvues. Les cavaliers sont moins bien munis et l'épingle de sûreté sera utile aux brancardiers pour fixer momentanément la manche au corps du vêtement.

Les fractures du membre inférieur sont plus difficiles à traiter extemporanément. Il est vrai qu'on peut se servir du sabre, de la baïonnette, des fourreaux, des fusils, de tiges de bois, etc., mais ces appareils, bien que simples, sont plus difficiles qu'on ne le croit, à être bien appli-

Digitized by Google

qués sur un champ de bataille, et pour M. Nimier il vaut mieux se servir du brancard qui doit être « la base de l'appareil d'immobilisation des fractures du membre inférieur » ; on lui adjoindra deux ou trois courroies, qui font partie de l'équipement du soldat et le couvre-pied qui, suffisamment plié, servira d'attelle externe et de gaine au bassin et aux membres inférieurs.

Il faut, en un mot, simplifier le plus possible le rôle des nfirmiers, en dehors de leur devoir de porteur ; on devra, bien entendu, leur apprendre à mettre les plaies à l'abri de l'air, pour éviter les chances d'infection, mais aussi leur recommander de ne pas exagérer la striction par le garrot et les tourniquets improvisés, et, sous prétexte de faire de l'hémostase, de ne pas produire de gangrène.

Dans les *guerres de montagnes*, l'immobilisation est plus dure à obtenir ; si l'on ne peut faire autrement, on se bornera à fermer d'abord la plaie ; mais, souvent, les brancardiers auront le temps d'utiliser les deux brancards dont on se sert France, ceux d'*Ecot* et de *Malgat*, pour la description desquels nous renvoyons aux traités spéciaux.

II. *Immobilisation de la fracture par le chirurgien en vue de l'évacuation sur un hôpital sédentaire.* — Dans certaines fractures (rachis, crâne, thorax, bassin) le pansement simple est suffisant pour transporter le blessé. Il peut l'être aussi pour les fractures des membres, à condition de se servir du *pansement ouaté de Guérin*, qui après occlusion de la plaie, et suffisamment serré, peut empêcher le blessé de sentir aucune douleur pendant les mouvements de transport. Malheureusement, si les blessés sont nombreux, les chirurgiens n'ont à leur disposition qu'une quantité insuffisante d'ouate et doivent alors la réserver aux fractures graves et particulièrement à celles des membres inférieurs.

De même l'*extension continue* sur le brancard, proposée par Esmarch, pourra être exécutée à l'aide de courroies fixées aux traverses de tête et de pied des brancards.

L'ennui est qu'elle favorise l'hémorrhagie et qu'elle n'est pas sans danger pour les fractures comminutives.

Devant l'insuffisance de ces deux moyens, on est réduit à avoir recours aux *appareils de fracture*, tout en se gardant d'employer exclusivement un appareil, mais faisant preuve d'éclectisme. Il s'agit d'immobiliser une fracture récente, et d'appliquer un appareil devant rester en place un ou plusieurs jours ; or, comme l'appareil peut être gardé par le blessé beaucoup plus longtemps que le chirurgien ne le désirerait, il est nécessaire de l'appliquer sur un bon pansement *rembourré*, qui évitera les phénomènes d'étranglement. Les appareils en *gouttière* sont préférables, mais on n'excluera par la *gaine*, qui, bien appliquée, peut rendre des services.

Ces appareils extemporanés doivent avoir pour caractères d'être faciles à construire séance tenante, faciles à appliquer, solides une fois appliqués, enfin *amovo-inamovibles*

Parmi les différentes substances pouvant être utilisées pour la confection des appareils, le *plâtre* est le seul auquel on puisse songer en temps de guerre ; encore tient-il la seconde place comme appareil de transport, car si l'on en trouve partout, il a rarement les qualités acquises pour se solidifier rapidement et complètement ; en outre il peut se ramollir par imbibition des liquides de la plaie. Par contre, les *treillis en fils métalliques*, les lames de zinc, les appareils en *rotang* de Mœyj répondront le mieux aux desiderata que réclame l'évacuation des fractures, par coup de feu, et c'est à eux incontestablement qu'il faudra donner la préférence. — L. Floersheim.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 16 novembre 1897*

**Le platrage des vins et la cirrhose.** — M. Lancereaux annonce qu'une enquête sur l'étiologie de la cirrhose est commencée par MM. Boix et Letienne. Il communique une lettre d'un auteur italien, dans laquelle l'auteur signale l'apparition de la cirrhose dans une région coïncidant avec le platrage du vin.

M. Laborde communique, de son côté, une lettre d'un médecin de Bourgogne qui incrimine, au contraire, la suralcoolisation du vin due à l'emploi du sucre. Dans cette contrée, le platrage est inconnu et ne peut être, par ce fait, incriminé dans l'étiologie de la cirrhose.

**Résection de l'estomac.** — M. Hartmann présente deux malades auxquelles il a fait des résections de l'estomac pour néoplasme. Dans le premier cas, la tumeur (épithélioma carcinoïde) occupait le pylore. La pylorectomie fut faite, d'après le procédé de Kocher, le 31 août dernier. La malade quitta l'hôpital guérie le 25 septembre. Elle pesait à ce moment 44 kilogrammes ; actuellement elle pèse 50 kilogrammes, mange et digère tout.

La deuxième malade avait une tumeur qui occupait presque toute l'étendue de l'estomac. Après résection des trois quarts de l'organe, M. Hartmann fit, le 12 octobre dernier, la suture du cardia au pylore. La malade, guérie de même sans incidents, a repris de l'appétit et engraisse d'une livre par semaine.

**Greffe hétéroplastique d'os de chien.** — M. Dubard présente une jeune malade, opérée, il y a environ six mois, d'une ostéoarthrite tuberculeuse de l'articulation du poignet. A ce moment, il extirpa les os de la première rangée du corps (à l'exception du pisiforme) et aussi une partie des os de la deuxième rangée. Il sacrifia, pendant l'opération, un jeune chien, au fémur duquel il emprunta cinq segments osseux d'un centimètre carré, possédant un revêtement périostique partiel. Depuis l'opération, il ne s'est produit aucune élimination osseuse. Actuellement, l'état fonctionnel du poignet est excellent. Des épreuves radiographiques montrent que les cinq segments d'os de chien occupent à peu près la place des os extirpés.

**La bactériologie et la pathogénie des pleurésies séro-fibrineuses.** — M. Le Damany. La véritable cause de la pleurésie est la tuberculose de la plèvre. Les maladies infectieuses ne produisent

Digitized by Google

d'épanchement pleural que par l'intermédiaire d'une lésion pulmonaire. Sur 55 inoculations provenant d'autant de pleurésies, 47 fois la tuberculose a été trouvée. La bactériologie décelait, dans bien des cas, seulement la présence de microbes ordinaires. Le rôle de ces bactéries est nul et ne commence, en général, que quand commence la transformation de l'épanchement.

La tuberculose pleurale serait une tuberculose à évolution cyclique comprenant trois périodes : une première correspondant à la formation de la néomembrane, une deuxième à la formation de l'épanchement et à la guérison de la tuberculose pleurale (cet épanchement écartant les feuillets de la plèvre et leur permettant de se guérir), une troisième correspondant à la résorption de l'épanchement et à l'organisation des parties résorbables. — M. M.

**Election d'un membre dans la section de pharmacie.** — En première ligne, M. Bourquelot; en deuxième ligne, MM. Beauregard, Behal; en troisième ligne, MM. Balland, Vigier, Yvon.

Votants : 70; majorité : 38. Elu : M. Bourquelot, par 62 voix.

M. Huchard présente un ouvrage de M. Edgren, professeur à Stockholm *(Etude cliniques sur l'artério-sclérose)*, dont il fait le plus grand éloge.

MM. Magnan, Guignard et Pean lisent leurs rapports sur les prix Bourceret, Buignet et Daudet.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 12 novembre*

**Rhumatisme blennorrhagique infectieux.** — M. Rendu. On sait depuis longtemps que la blennorrhagie est une maladie générale qui peut déterminer des endocardites, des septicémies complexes, dues à des agents associés. En voici un nouvel exemple : Une femme de 30 ans, entre le 22 mars à l'hôpital Necker, pour une métrite, sans phénomènes abdominaux, sans urétrite ni vaginite, quelques jours après, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre, un frisson, de la fièvre, qui se renouvelle tous les soirs. Le 5 avril, l'accès vespéral est plus intense; l'état général devient plus sérieux. On pense à une septicémie de cause inconnue. Cependant, l'examen du liquide utérin, clair, séreux, non purulent, pratiqué par M. J. Hallé, montra dans son épaisseur des gonocoques de Neisser.

Le 12 avril, survint autour du coude gauche un gonflement œdémateux des tissus, qui dégénéra rapidement en un phlegmon des bras que l'on dut inciser. Le pus contenait des gonocoques. Les accidents généraux continuèrent malgré cette intervention; fièvre quotidienne à grandes oscillations, mauvais état du sujet, phénomènes septicémiques généraux.

Le 25 mai, on perçoit pour la première fois, un souffle diastolique doux à la pointe du cœur, les bruits devinrent sourds. Il n'était pas douteux qu'une endo-péricardite septique était en voie d'évolution. La malade succomba dix jours après.

A l'autopsie, on trouva un exsudat léger dans les deux plèvres, un épaulement séreux dans le péricarde avec dépôt fibrineux sur un feuillet viscéral surtout autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire et une endocardite végétante développée sur deux des valvules aortiques, mais sans insuffisance. Les trompes et les ovaires étaient sains. La rate était congestionnée, le foie et les reins étaient atteints de stéatose.

L'examen bactériologique des végétations cardiaques y fit voir la présence du bacille de Neisser, comme antérieurement dans le mucus utérin et le pus phlegmoneux du bras. Il n'est donc point douteux que cette infection générale de l'organisme soit due au gonocoque.

**Les métrorrhagies dans les maladies du foie.** — M. Dalché. L'influence des maladies du foie sur l'apparition des métrorrhagies, signalée bien souvent par les anciens auteurs, est indiscutable. De toutes les affections hépatiques, la lithiase biliaire est celle qui trouble le plus facilement la menstruation. A la suite d'une colique hépatique, les règles deviennent plus abondantes, d'autres fois reparaissent deux ou trois jours après leur terminaison, et cette ménorrhagie peut durer dix jours et plus; souvent, il y a émission de caillots et douleurs de dysménorrhée congestive; après des accès calculeux répétés, les règles avancent ou retardent, conservent leur abondance ou se suppriment, si bien que les périodes se confondent. Chez les lithiasiques qui portent des lésions utérines, les métrorrhagies apparaissent dans la période intercalaire. Une colique fruste ou fort atténuée suffit aussi bien qu'une colique franche. Les cirrhoses provoquent des métrorrhagies, surtout au début, et s'accompagnent plus tard d'aménorrhée. Enfin, l'auteur rapporte des cas de métrorrhagies au cours de tumeurs hépatiques et d'ictères infectieux bénins et malins Une de ses malades refusa le curettage qu'on lui proposait, et guérit par le traitement dirigé uniquement contre les calculs.

**Variations de la capacité stomacale dans les sténoses pyloriques.** — M. Hayem. Tous les auteurs ont insisté avec raison sur l'existence d'une dilatation énorme dans les sténoses du pylore et cela est vrai dans la majorité des cas.

Mais l'on aurait tort de croire que grande ectasie est toujours synonyme de sténose. Les grandes dilatations peuvent se voir dans d autres conditions, et, fait plus important, une sténose n'est pas forcément accompagnée de dilatation stomacale.

Dans les sténoses pyloriques et sous-pyloriques, l'estomac peut être extrêmement dilaté, c'est le cas le plus fréquent; il peut être moyennement ou faiblement dilaté descendant jusqu'à deux ou quatre travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Il peut être enfin de volume inférieur à la normale, restant toujours au-dessus de l'ombilic, même après insufflation.

Ce sont les cas de ce genre sur lesquels M. Hayem tient à attirer l'attention.

Les causes de cette faible capacité gastrique sont variables : grande intolérance pour les aliments, et, par suite, vomissements incessants, entraînant la vacuité de l'estomac malgré l'obstacle mécanique; existence de

Digitized by Google

brides péritonéales plus ou moins serrées, s'opposant à la distension de l'organe, restriction de l'alimentation en raison des douleurs vives provoquées par la digestion.

Cette dernière cause seule peut suffire à empêcher l'ectasie. En tous cas, ce qu'il est important à retenir, c'est que ce n'est pas le faible degré de sténose qui est la cause du petit volume de l'estomac et qu'on le rencontre aussi bien dans les sténoses aiguës que lentes, dans les sténoses par ulcère que par cancer.

M. Hayem rapporte trois cas de ce genre : le premier a trait à un cancer du pylore ; l'intolérance gastrique était la cause principale du petit volume de l'estomac ; dans les deux autres cas (il s'agissait d'ulcère), les adhérences gastriques à la paroi abdominale devaient surtout être mises en cause.

L'existence de cette périgastrite peut être reconnue quelquefois par la palpation (lorsqu'il existe des placards de péritonite étendus); l'insufflation peut également la faire soupçonner en montrant que, même dans ces conditions, la limite inférieure de l'estomac ne s'abaisse pas. La périgastrite est plus fréquente dans l'ulcère ; elle entraîne une sténose extrinsèque, soit par bride, soit par adhérences étendues.

De tous ces faits, M. Hayem conclut que la dilatation gastrique, dans le diagnostic d'une sténose, n'est pas un signe infaillible. Il n'existe qu'un seul symptôme certain de sténose, c'est l'existence, à jeun, de liquide résiduel contenant des débris alimentaires, et cela que l'estomac soit grand ou petit. Il était utile d'insister sur ces faits, aujourd'hui surtout que l'intervention chirurgicale est de règle dans le traitement des sténoses pyloriques.

**Trois cas d'abcès gazeux sous-diaphragmatiques.** — M. Courtois-Suffit rapporte trois cas d'abcès gazeux développés au-dessous du diaphragme, consécutifs le premier à une perforation du duodenum, l'autre à une perforation de l'estomac ; le troisième se développa dans le cours d'une péritonite tuberculeuse, reconnue à l'autopsie. Chez ces malades, les signes cliniques furent assez précis pour permettre d'établir le diagnostic. Tous trois furent opérés ; le premier seul guérit. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 17 novembre 1897*

**Abcès sous-phréniques.** — M. Peyrot a observé un abcès de ce genre chez une femme de 38 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué une pleurésie purulente enkystée du côté droit. Une ponction aspiratrice révéla, en effet, la présence du pus. Après la résection d'une côte, M. Peyrot trouva la cavité pleurale saine ; poussant plus loin ses investigations, il ouvrit le diaphragme et découvrit une nappe purulente à la surface du foie , un trocart fin poussé au travers de cet organe buta contre un corps dur, mais non entouré de pus. Drainage de la plèvre et du foyer purulent. Une fièvre hectique se déclara et la malade succomba. A l'autopsie, on trouva au milieu du foie une kyste hydatique ayant subi la transformation calcaire, avec de petits foyers suppurés à sa surface.

M. Tuffier a observé deux cas du même genre, Dans l'un, il s'agissait d'une femme de 30 ans, atteinte de douleurs à la base du thorax à gauche. Un mois après le début, la malade était en proie à une dyspnée vive, à des douleurs persistantes. Le murmure vésiculaire était conservé dans la poitrine. Au bout de peu de temps, la sonorité s'obscurcit de ce côté et on pratiqua une ponction aspiratrice qui donna issue à du pus. Dès lors, il fit la pleurotomie, pensant trouver une pleurésie enkystée ; il n'en fut rien. Mais le diaphragme faisait saillie dans la plèvre ; il l'incisa et trouva une énorme collection purulente sous-jacente. Celle-ci parut consécutive à une poussée furonculeuse généralisée, caractérisée par la présence du staphylocoque doré. La malade succomba quelques mois plus tard à une pyélo-néphrite double.

M. Routier a traité par la résection de la paroi thoracique et l'incision large un abcès développé au-dessus du foie et de cause inconnue. La guérison fut lente.

M. Berger a observé un abcès sous-phrénique aigu consécutif à une appendicite, avec laquelle il n'avait aucune connexion de voisinage.

M. Potherat a opéré, il y a 13 mois, un homme de 47 ans, atteint d'un abcès sus-hépatique incisé et resté fistuleux. Il agrandit l'ouverture par une résection costale ; néanmoins une fistule persiste longue de 7 centimètres et les côtes sont tassées les unes sur les autres.

**Un cas d'appendicite.** — M. Hartmann rapporte l'observation d'un enfant opéré une première fois d'un abcès appendiculaire, qui présente une récidive quelques mois après. L'appendice fut réséqué : celui ci était oblitéré dans sa partie moyenne, et présentait dans cette région un petit abcès complètement clos, contenant une culture pure de bacterium coli très virulent.

**Lymphangiome congénital.** — M. Le Dentu a observé cet été un jeune homme de 16 ans, porteur d'une vaste tumeur développée à la partie inférieure de l'omoplate gauche, parsemée à sa surface de vésicules, convergeant vers l'aisselle, adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, de consistance molle et non réductible. Il s'agissait d'un énorme lymphangiome congénital, ne contenant pas de filaires, mais ressemblant par sa structure aux tumeurs développées par le parasite, M. Le Dentu fit la dissection du néoplasme et le malade guérit rapidement.

**Cholédocotomie.** — M. Lejars rapporte l'histoire d'une femme de 52 ans, atteinte depuis de nombreuses années d'une série de crises hépatiques, et tombée dans un état cachectique grave avec ictère, qui faisait même penser à un cancer du foie. Il pratiqua la laparotomie latérale, trouva la vésicule biliaire vide, rétrécie, et de nombreuses bosselures siégeant dans le canal cholédoque dilaté. Incision du cholédoque, issue de 6 calculs de la grosseur d'une noisette, suture du canal, drainage avec la gaze iodoformée, guérison sans fistule.

Digitized by Google

M. Schwartz a opéré une femme atteinte de calculs du cholédoque avec oblitération du canal cystique, il fit la résection de la vésicule biliaire et ouvrit le cholédoque, par lequel s'écoulèrent plusieurs calculs. Suture du canal, guérison avec retour de la bile dans l'intestin. — H. M.

## CONGRÈS DE CHIRURGIE

(11e session tenue a paris du 18 au 23 octobre 1897)

*(Suite)*

M. Hartmann a observé un cas de *kyste hydatique de la rate* chez une femme de 29 ans qui, dès l'âge de 17 ans, avait constaté, dans son hypochondre gauche, l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Il y a un an environ, à la suite d'un septième accouchement, M. Hartmann fit la laparotomie, trouva la tumeur recouverte par de l'épiploon adhérent, et fit l'ablation de la rate. l'opération ne présenta pas de grandes difficultés et la guérison se fit sans incident.

M. Jonnesco (de Bucharest) a pratiqué seize splénectomies, dont une pour kyste hydatique, avec trois morts. La leucocythémie constitue, à son avis, une contre-indication à la splénectomie.

M. Moulonguet relate une observation d'*adénite lombaire dans la cholécystite calculeuse*, où, après ablation des ganglions et cholécystostomie, la guérison fut obtenue. Il rapporte un cas de *rupture du tendon d'Achille*, un autre de *rupture du tendon rotulien*, traités par la suture et guéris.

M. Claude Martin (de Lyon) parle *de la régénération des os sur appareil prothétique interne* et de ses expériences sur le chien, il conclut :

1° Il est possible d'obtenir la régénération complète d'un os ou d'une extrémité articulaire en fournissant comme guide à l'ossification un appareil léger et solide ;

2° Cet appareil doit être formé de tiges de platine iridié, réunies entre elles par des traverses de même métal. Il est mis en place au milieu des tissus ou fixé dans l'os au moyen de vis également en platine. Cet appareil doit avoir la forme et le volume de l'os ou de la portion d'os à faire régénérer ;

3° Il maintient l'écartement des fragments et rétablit la continuité de la colonne osseuse. Il s'oppose à l'interposition des parties molles, musculaires ou autres. Il permet d'introduire à son intérieur des fragments d'os qui comblent le vide laissé au centre de l'appareil et contribueront à l'édification de l'os de nouvelle formation ;

4° Deux causes peuvent compromettre le résultat final :

I. La mobilisation de l'appareil, ce qui explique pourquoi les résultats sont plus satisfaisants expérimentalement sur les os de l'avant-bras et de la jambe, le deuxième os formant attelle.

II. L'infection de la plaie et la suppuration ; mais si celle-ci n'est pas trop abondante ou aiguë, elle peut ne pas s'opposer d'une façon absolue à la régénération osseuse.

Après une communication de M. Isch-Wall sur les *polypes naso-pharyngiens*, de M. Dubois sur l'*angine* de Ludwig, de M. Mauny sur un *kyste séreux congénital de la base du cou*, la discussion passe au *traitement du goitre exophtalmique* : M. Faure rapporte 3 cas de résection du sympathique cervical, opération dont il se déclare partisan, tout en rappelant une syncope mortelle qui survint chez un de ses malades. M. Jonnesco est du même avis, et conclut que « la résection du sympathique cervical, par sa bénignité absolue, sa facilité et son efficacité doit être l'opération de choix du goitre exophtalmique. » Tel n'est pas l'avis de M. Doyen, qui a obtenu des guérisons à l'aide de la *thyroïdectomie*, et qui n'a recours à la résection nerveuse que si ces guérisons sont incomplètes M. Sorel affirme de même qu'il « faut revenir à la véritable pratique chirurgicale, et faire la thyroïdectomie, opération facile, à peu près exangue et rapide. » De sorte que le débat, au lieu d'être clos par la discussion, ne fait que s'ouvrir et demande la sanction du temps.

La seconde question mise à l'ordre du jour du Congrès est celle des *indications opératoires et du traitement du cancer du rectum*. MM. Quénu et Hartmann présentent un rapport où, après avoir rappelé les différentes méthodes opératoires, ils tendent à montrer que la technique dépend du siège et de l'étendue du cancer. Pour un cancer recto-sigmoïde, on aura recours à la voie périnéo-abdominale. Aux cancers anaux ou ano-ampullaires, on réservera la voie périnéale par le procédé de dénudation prérectale. S'il s'agit de cancers de l'ampoule, on l'ouvre, on résèque la plaque et on suture. Si le cancer occupe tout le rectum, se servir de la voie périnéale et ajouter la résection du coccyx. Quant aux opérations palliatives, ce sont : 1° la rectotomie linéaire, qui ne fait qu'élargir un passage rétréci ; 2° les opérations destructives (cautérisation, curettage) ; 3° l'anus iliaque.

Pour M. Juliard (de Genève). La création d'un anus iliaque est l'opération de choix.

M. Pollosson (de Lyon) rappelle qu'il a le premier, en 1884, fait précéder l'ablation du cancer rectal de la création d'un anus iliaque et transformé ce cancer en une tumeur aseptique que l'on peut enlever ensuite. L'anus iliaque doit être définitif.

Pour M. Péan, si le cancer siège à la partie inférieure du rectum, sur toute la circonférence, circonscrire cette portion du canal en la sectionnant en deux moitiés pour faciliter la dissection, et l'exciser ; ensuite suturer aux lèvres de la peau celles du bout rectal conservé.

Lorsque le cancer occupe la partie moyenne et la partie supérieure du rectum, la conduite varie chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, si la partie moyenne est envahie et si le cancer déborde seulement du côté des faces postéro-latérales, l'opération est la même que dans le cas précédent. Lorsque le mal a atteint simultanément l'urèthre, la prostate, les vésicules séminales et le col de la vessie, enlever par morcellement toutes les parties malades. Si la partie supérieure est prise, il faut, en agrandissant les incisions préliminaires, poursuivre la section en deux moitiés et la dissection latérale de chacune d'elles jusqu'au delà de la portion malade : à ce moment l'opérateur saisit transversalement avec les pinces la portion saine et résèque le rectum au-dessous d'elles. Ces pinces permettent d'abaisser le bout supérieur et, après avoir fermé par suture la plaie péritonéale, de l'attirer jusqu'à la peau pour l'y suturer.

Chez la femme, si la cloison recto-vaginale est prise dans toute son épaisseur, saisir de chaque côté, avec des pinces à mors longs, et couper entre elles de bas en haut toute la cloison recto-vaginale jusqu'au-dessus du mal.

Lorsque la partie supérieure du rectum est malade et que le cancer s'est propagé à travers le péritoine au col et au corps de l'utérus, on pourra les enlever en même temps. La voie périnéale ou pubio-périnéo-ischiatique et la voie pubio-vagino-ischiatique paraissent de beaucoup préférables à la voie abdominale.

Pour M. J. Bœckel (de Strasbourg), les cancers de l'extrémité inférieure du rectum jusqu'à 10 ou 12 centimètres, sont justiciables de l'extirpation par la voie ano-périnéale.

Digitized by Google

Les carcinomes cylindriques, de beaucoup les plus fréquents, sont ceux qui donnent sous le rapport de la survie les meilleurs résultats.

Les tumeurs cancéreuses non accessibles au doigt doivent être extirpées par la voie sacrée ou sacro-périnéale; les tumeurs qui siègent très haut peuvent être extirpées totalement par la voie sacro-iliaque, ou par la voie sacro-abdominale préconisée par Quénu. Mais l'opération est d'une gravité incontestable et la colotomie semble préférable à l'auteur.

M. Heydlnreich (de Nancy) pense que, chez la femme, la voie vaginale est la méthode de choix pour la résection du rectum, quand le néoplasme ne remonte pas à plus de 12 à 15 centimètres au-dessus de l'anus.

M. Moulonguet estime que la fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable, dépassant 5 à 6 centimètres. On doit renoncer à l'abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification.

Pour M. E. Tailhefer (de Toulouse) le traitement d'un cancer rectal doit commencer par la création de l'anus artificiel. Si le cancer a dépassé les limites du rectum, l'intervention se bornera à l'anus artificiel. Si le cancer est cantonné dans le rectum, on procédera, quelques jours après la création de l'anus, à l'extirpation large par la voie abdomino-périnéale lorsque la lésion siégera sur le rectum supérieur, et par la voie rectale, périnéale ou sacrée lorsqu'elle sera bas située.

M. Willems (de Gand) expose son procédé d'extirpation du rectum.

*(A suivre.)* L. Flœrsheim.

## ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

*(Fin)*

MM. Eraud et Noguès présentent, sur les *urétrites gonococciques*, le rapport que nous avons déjà analysé.

M. Hogge (de Liège) s'étonne que M. Noguès accorde aux candidats au mariage la permission qu'il sollicitent sur les simples données de l'examen microscopique des sécrétions urétrales, alors que, pour déclarer et sans doute pour traiter une prétendue urétrite aseptique primitive, il exige le contrôle de l'épreuve des cultures. Il pense que dans toute cette question des urétrites non gonococciques, la part est faite trop belle aux microbes et pas assez aux contingences individuelles. Il insiste sur la difficulté, très réelle dans certains cas, du diagnostic de la prostatite et sur les conditions anatomiques toute spéciales, qui font de la prostate, un organe éminemment réactif à l'inflammation.

M. Genouville rapporte une observation d'urétrite microbienne non gonococcienne primitive, survenue deux mois après une blennorrhagie guérie.

M. Noguès partage complètement l'opinion de M. Hogge et, comme lui, croit que la prostate est souvent en cause dans les affections chroniques de l'urètre, et que l'attention doit être attirée de ce côté, aussi bien au point de vue du diagnostic que du traitement.

M. Eraud (de Lyon) trouve très défectueuse la dénonciation d'urétrites aseptiques, qui tend de plus en plus à être adoptée aujourd'hui, et le terme d'urétrite amicrobienne lui paraît préférable.

M. Guiard (de Paris). M. Eraud nous a présenté comme fréquentes les complications des urétrites non gonococciques. D'après ce que j'ai vu, il n'en serait pas ainsi. Non seulement ces complications seraient rares, mais de plus elles seraient presque toujours déterminées, soit par un traumatisme dû à des cathétérismes plus ou moins difficiles, soit à des injections mal faites. Il m'a semblé au contraire que ces complications étaient exceptionnelles, quand la maladie était abandonnée à elle-même. Au point de vue de la contagiosité, M. Noguès me paraît trop pessimiste, en voulant interdire le mariage à tout malade atteint d'urétrite microbienne.

M. Janet. Il me semble que les porteurs de gonocoques ne sont pas les seuls à qui nous devons interdire le mariage. Les malades sujets à des infections secondaires dues au développement considérable d'une seule espèce microbienne, pénétrant profondément dans l'urètre, me semblent également dangereux.

M. Kraus. Je propose de remplacer le nom de urétrite aseptique par celui de urétrite oligococcique.

M. Tailhefer rapporte une observation de *cystostomie sus-pubienne et résection des canaux déférents chez un prostatique.*

Le Congrès se termine par les communications suivantes :

*Sur une forme singulière de cancer de l'urètre* (MM. Binaud et Chavannaz, de Bordeaux).

*Sarcome de l'urètre. Emasculation totale* (M. Mariachess, d'Odessa).

*Un cas de collection rétro-vésicale à point de départ appendiculaire ayant déterminé le passage du bactérium-coli à travers les parois de la vessie* (MM. Hartmann et Reymond, de Paris).

*Calcul enchatonné de la vessie* (M. Nicolich, de Trieste).

*Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de « dédoublement ».* (M. Loumeau, de Bordeaux).

*Sur quatre cas de tumeurs de la vessie.* (M. A. Malherbe, de Nantes).

*Sur un cas de tumeur vésicale.* (M. Pousson, de Bordeaux).

*Fragmentation et expulsion spontanées des tumeurs de la vessie.* (M. Desnos).

*Tumeur développée dans un énorme diverticule de la vessie.* (M. Nicolich, de Trieste).

*Corps étrangers de la vessie.* (M. Picqué, de Paris).

*De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.* (M. Legueu, de Paris).

*Cinq cas de polypes urétraux.* (M. Janet, de Paris).

*Anatomie et développement de l'urètre d'après des projections de préparations microscopiques.* (M. Hogge, de Liège).

*Présentations d'instruments.* — M. Janet (de Paris). Cystofantôme; endoscope urétrotome; sécateurs pour trajets para-urétraux.

M. Albarran (de Paris). Cystoscope pour cathétérisme de l'uretère.

M. Desnos (de Paris). Appareil pour la stérilisation des sondes.

M. Kraus (de Carlsbad). Appareil pour la stérilisation des sondes.

M. Duchastelet. Nouvel aspirateur des graviers; urinal antiseptique pour la sonde à demeure; nettoyeur vésical, avec robinet à double effet; trousse de ville pour les voies urinaires.

L. Flœrsheim.

Digitized by Google

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La souscription en témoignage de sympathie pour l'honorable Dr Laporte, est close aujourd'hui 18 novembre, au moins pour notre journal. Elle est représentée par 390 souscripteurs, et elle a produit la somme de 1431 fr. + 115 fr. pour la « Caisse de défense professionnelle » = 1546 fr.

Un certain nombre de nos abonnés (environ 150) ont envoyé leurs souscriptions à d'autres journaux et directement au Syndicat des médecins de France. Nous ne pouvions songer, pour de multiples raisons, à obtenir l'unanimité de nos lecteurs, ce qui eût rendu le chiffre de nos souscripteurs 10 à 15 fois plus élevé. Nous savons que beaucoup d'entre eux, encore retardataires, voudront envoyer leur obole, soit à l'Union des Syndicats médicaux de France (au Dr Duchesne, 11, cité Vaneau), soit encore à d'autres journaux. Mais, le résultat est bon ; il affirme un sentiment de solidarité qui ne peut plus s'affaiblir, il va peut-être cimenter entre médecins cette UNION et cette cohésion qui leur sont si nécessaires dans l'exercice de plus en plus difficile de leur belle profession, il montrera encore que nous devons nous défendre, non seulement contre nos ennemis, mais aussi *contre nous-mêmes*.

Merci à vous, mes chers confrères et amis, à vous connus ou inconnus, au nom du Dr Laporte, au nom du Corps médical. Merci en mon nom, pour votre souscription d'abord, pour les paroles aimables et trop bienveillantes que vous m'avez adressées à cette occasion et dont j'ai été si particulièrement touché. J'ai pris chaleureusement votre défense, dites-vous? Mais cela est bien naturel. Un journal qui s'honore d'être, de rester toujours le *Journal des Praticiens*, a le droit de parler haut et ferme, il a le devoir sacré, auquel il ne voudra jamais faillir, de protéger, de secourir, de défendre les membres de la famille médicale, lorsqu'ils sont injustement attaqués, injustement calomniés, injustement condamnés. En ce qui concerne notre cher et sympathique confrère, le Dr Laporte, je le déclare une fois de plus, aussi énergiquement que possible: *il a fait son devoir, plus que son devoir*, et ses juges dont je ne veux pas médire, (parce que, *errare humanum est*) ont été trompés par de simples commérages, par une première expertise non contradictoire et faite sans précision. Nous avons confiance dans la justice qui va prononcer en dernier ressort, et qui tiendra à honneur de réparer le mal..., s'il peut être encore réparé.

C'est pour cette raison, c'est parce que nous avons cette confiance, que notre journal à qui est due, avec d'autres, l'initiative de cette souscription, a décidé de clore celle-ci dès le 18 novembre; et si notre voix pouvait être entendue de nos collègues du journalisme, nous leur dirions: « Maintenant, *il faut faire le silence*, il faut laisser aux juges qui sont des gens honorables et honnêtes, mais capables de se tromper comme tous les hommes, il faut leur laisser le temps de se ressaisir, il faut que notre souscription s'arrête aux portes du prétoire, qu'elle soit seulement un acte de solidarité professionnelle et d'union confraternelle, qu'elle soit une protestation en faveur de la justice, et non pas contre la Justice. Et, quand le grand jour du nouveau procès sera venu, je vous en conjure, vous qui prendrez encore courageusement et virilement la défense de notre cher et sympathique confrère, pensez à lui et au Corps médical plus qu'à vous-mêmes et à votre réputation de savant ou de discoureur, pensez toujours que la médecine, hélas! est une école de modestie, dites simplement la vérité, si éloquente et si persuasive par elle-même, soyez prudents dans vos affirmations et jusque dans la louange, qui doit toujours rester mesurée et vraie. La mouche du coche et les frelons ne servent à rien..., quand ils ne sont pas nuisibles. *Laudatores, periculosum genus!*

Il faut — ai-je dit plus haut — non seulement nous défendre contre nos ennemis, mais surtout *contre nous-mêmes*. Qu'il y aurait de choses à dire à ce sujet! Je ne veux pas prendre le rôle ingrat et prétentieux d'un moraliste. Mais, ne pensez-vous pas que le mal vient souvent de quelques médecins, de notre désunion, de l'*invidia medicorum pessima*, de la pratique malsaine de la « dichotomie » telle qu'elle se consomme entre certains médecins ou chirurgiens, des prix trop élevés et vraiment exorbitants que quelques opérateurs réclament parfois (ce qui enlève un peu de dignité à notre profession), de l'âpreté au gain, de l'âpreté aux honneurs qui ne sont pas toujours l'honneur, de l'âpreté à la publicité extra-médicale dans les feuilles politiques ou autres?... A ce dernier point de vue, relisez, mes chers amis et lecteurs, ce que j'ai écrit dans le n° 2 de cette année (page 31), sous ce titre : « *Beaucoup de bruit pour rien* ». Vous verrez que, sans vouloir vaticiner, j'ai pressenti déjà un danger à ce sujet. J'ai en mains les preuves imprimées d'auteurs venant exposer, dans les Congrès ou quelques Sociétés savantes, des travaux uniquement pour la galerie extra-médicale et qui sont célébrés le lendemain par des « interviews » complaisantes dans les journaux politiques, ou des opérations qui sont représentées ensuite par de belles figures dans les journaux illustrés. Est-ce convenable? Est-ce digne? Et n'y a-t-il pas là un danger de déconsidération pour le sacerdoce médical?

Vous connaissez l'indication opératoire pour un point de gangrène qui s'est déclaré dans un membre..... Eh bien, quand cette gangrène morale nous envahit et nous atteint tous, en raison même de la solidarité professionnelle que nous prêchons, je me demande pourquoi nous sommes de si mauvais thérapeutes, et pourquoi nous ne ferions pas de la chirurgie conservatrice en amputant bravement, vaillamment, impitoyablement ce qui est mauvais, et de l'hygiène sociale en chassant les indignes marchands, du temple sacré de la médecine.

Le remède à tout cela, à toutes ces misères, à toutes les malhonnêtetés qui grouillent et pullulent dans les bas-fonds de la Société médicale ou qui parfois s'étalent superbement à ses sommets? Mais, le voilà! Il est dans l'affirmation courageuse et virile de la vérité; il est, quoi qu'on dise, dans la création d'un « ordre des médecins », ou si cela est réellement impossible et dangereux, dans celle de « chambres de discipline »; il est (je le répète pour la dixième fois) dans notre UNION, dans la fin de nos divisions, qui nous énervent, qui nous affaiblissent, qui nous déconsidèrent.

Il est temps d'agir, et nous transportons dans le domaine de l'exercice médical ces paroles d'un grand politique :

« *Il n'y a plus une faute à commettre, ou.., à laisser commettre.* » — HENRI HUCHARD.

*(Lire à la page* CCCLXX, *la 3e et dernière liste de la souscription Laporte, et la suite des « Intérêts professionnels »).*

**Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0,60 centimes en timbres-poste.**

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. HUCHARD.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations

Par Félix Legueu
*Chirurgien des hôpitaux*

L'urétrite chronique fait le désespoir des malades, elle est aussi un écueil pour les médecins. Tous les traitements ont été vantés, tous ont donné des succès, et à aucun ne revient cependant le mérite de guérir quand même et toujours.

Je ne viens pas dire que toutes les urétrites chroniques sont curables, je veux seulement montrer qu'il y en a qui sont curables, à condition qu'un traitement convenable leur soit appliqué ; chaque méthode a ses indications. Le choix doit être basé sur l'analyse exacte des lésions de l'urétrite chronique.

L'urétrite chronique est antérieure ou postérieure : sur la fréquence relative de l'une ou de l'autre, bien des discussions se sont élevées, que nos méthodes d'observation ne permettent pas de trancher en toute certitude ; les causes d'erreurs sont trop nombreuses. Je crois, pour ma part, que l'urétrite aiguë n'est pas toujours totale ; je crois que si elle l'est, elle guérit beaucoup plus facilement et plus rapidement dans l'urètre postérieur, à moins que la prostate ne soit infectée. Et je crois, par conséquent, que la grande majorité des urétrites chroniques que nous avons à traiter sont des urétrites antérieures. Cette opinion est contraire, je le sais, à celle de beaucoup d'urologistes : elle est basée sur des raisons que je ne saurais exposer pour l'instant sans sortir du cadre que je me suis tracé, et qui concerne exclusivement le traitement de l'urétrite chronique antérieure aseptique.

Mais celle-ci présente elle-même comme intensité des variations sans nombre ; depuis le filament unique, léger, flottant dans le premier verre jusqu'à la suppuration totale, continue et complète, il est une série d'intermédiaires. A son degré le plus accentué, la suppuration se manifeste la nuit comme le jour, et dans l'intervalle de chaque miction : à un degré moindre, la goutte n'existe que le matin au réveil, alors que depuis cinq, six ou sept heures ou plus, l'urètre n'a pas été balayé par le flot de l'urine. C'est la forme la plus habituelle, celle que l'on observe le plus souvent. Au-dessous, dans des proportions plus minimes encore, la goutte matinale n'est plus seulement constante, elle ne vient que par intermittence. Les malades peu soigneux ne s'en aperçoivent pas : les minutieux seuls s'en préoccupent et réclament nos soins. Enfin le filament dans l'urine reste le dernier terme, le degré le plus atténué de la suppuration de l'urètre. Ces quatre étapes se succèdent ou se remplacent successivement suivant les phases que traverse la maladie. Quand la maladie guérit, elle traverse à rebours les quatre stades que j'ai signalés, mais si, pour un certain nombre de cas, la guérison se fait spontanément dans les quelques semaines qui suivent une attaque aiguë de blennorrhagie, d'autres fois elle persiste tenace et irréductible. Des semaines, des mois, des années quelquefois se passent sans que la suppuration s'atténue ou du moins disparaisse. C'est alors qu'est constituée cette urétrite chronique invétérée, qui jette les malades dans un état profond de désespérance et d'hypochondrie et devient l'occasion d'une grave neurasthénie.

C'est au traitement de cette forme particulièrement rebelle que je veux seulement m'attacher en ce moment pour signaler les bons résultats que donne le massage cavitaire à l'aide des hautes dilatations.

Le traitement rationnel de ces urétrites ne doit être basé que sur l'anatomie-pathologique ; il doit s'adresser à la lésion propre de l'urétrite chronique. Or, cette lésion, et c'est là le point capital, n'est pas superficielle ou exclusivement superficielle; la couche muqueuse, la couche sous-muqueuse sont atteintes, et tout traitement qui n'aura en vue que la cautérisation des points de la muqueuse atteints par l'inflammation restera forcément insuffisante. Dans un urètre ainsi enflammé depuis longtemps, introduisez une boule exploratrice, mais choisissez un gros numéro, une boule 23 ou 25 de la filière Charrière, et presque toujours vous constaterez ce qui suit : en un ou plusieurs points, dans la traversée périnéale surtout, l'urètre a perdu de sa souplesse ; la boule rencontre par places des points localisés ou une induration nette se substitue à la souplesse, à l'élasticité normale du canal. C'est comme un rétrécissement, mais un rétrécissement large ; il n'y en a qu'un ou il y en a plusieurs, mais il y en a toujours, et vous les constaterez toutes les fois que vous saurez les chercher, en employant un explorateur d'un calibre fort.

Qu'y a-t-il donc en ces points d'induration ? Il y a une infiltration de la paroi urétrale tout entière, une infiltration qui est restée comme la trace de l'inflammation aiguë qui l'a précédée : la paroi urétrale, y compris le tissu spongieux, est infiltrée d'un tissu embryonnaire, qui bientôt se transformera en un tissu fibreux, dur et sclérosant. A ce niveau, l'épithélium est épaissi, stratifié et kératinisé dans ses couches superficielles. Ces lésions histologiques ont été très exactement étudiées par Hallé et Wassermann : elles caractérisent l'urétrite chronique, et leur description nous montre la série des transformations histologiques qui de l'urétrite conduisent au rétrécissement. Hier infiltration embryonnaire, la lésion sera demain conjonctive, fibreuse ou sclérosante ; ce sera le rétrécissement.

Or, l'urétrite chronique que nous voulons combattre, la sécrétion urétrale qu'il s'agit de tarir, traduit extérieurement cette phase intermédiaire, qui conduit au rétrécissement. Aussi quand vous examinez la goutte, vous y trouverez, à côté de leucocytes en petit nombre, une grande

Digitized by Google

quantité de cellules épithéliales, kératinisées et desquamées.

Il y a lésion superficielle et lésion profonde ; il faut agir sur l'une et sur l'autre. Les cautérisations localisées peuvent réussir : tous les topiques, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre et tant d'autres ont donné des succès. Mais à eux seuls ils échouent souvent aussi parce qu'ils ne s'adressent qu'à la partie superficielle des lésions. Le traitement ancien et classique de l'urétrite chronique par la dilatation, bien que basé en grande partie sur l'empirisme, donnait déjà des résultats meilleurs : on combinait la dilatation avec de gros Béniqués nos 53 et 55, et la cautérisation à l'aide des instillations de nitrate d'argent suivant la pratique de mon maître Guyon. Mais en Allemagne, Oberlænder et Kollmann récemment ont reculé plus loin les limites de la curabilité de ces urétrites chroniques en portant à un niveau bien supérieur la dilatation de l'urètre, et en réalilisant ce que j'appelle « le massage cavitaire ».

A l'aide d'un instrument spécial, ces auteurs forcent la dilatation jusqu'à un niveau maximum qui correspondrait au 90 Béniqué. On n'arrive à ce résultat que lentement, il est vrai, et à l'aide de séances répétées, échelonnées tous les quinze jours suivant la tolérance de l'urètre et du malade.

Séduit moi-même par les avantages de cette méthode séduit par les bons résultats que ces auteurs avaient obtenus, je l'ai mise à l'essai et je ne compte plus les cas dans lesquels j'ai obtenu un succès complet et durable. Sur quelques points de pratique cependant je me sépare de la manière de faire de Oberlænder, et je vais exposer la façon de procéder qui m'est habituelle.

Tout d'abord je ne crois pas qu'il soit nécessaire de pousser la dilatation aussi haut que le font Oberlænder et Kollmann : cette dilatation excessive n'est obtenue qu'au prix de déchirures partielles ou limitées de la muqueuse, qui doivent plus tard laisser leur trace, et substituent une cicatrice au rétrécissement que l'on veut détruire. Elle n'est pas indispensable d'ailleurs pour obtenir la guérison, car je l'ai obtenue à moins de frais, et sans aller jusqu'à ce numéro.

Je ne dépasse guère le numéro 75 comme dilatation maxima, et je m'arrête même en deçà lorsqu'une hémorragie même insignifiante m'a montré que j'ai atteint la limite de tolérance de l'urètre. Lorsqu'une fois j'ai obtenu et fixé pour tel urètre ce niveau supérieur de la dilatation, je ne le dépasse jamais, et dans les séances ultérieures je me contente d'atteindre le même niveau sans le dépasser.

Je me sers du dilatateur de Kollmann : c'est une tige droite, susceptible d'augmenter de calibre sur place au moyen d'une vis qui marque sur un cadran le niveau obtenu de dilatation par dixième de numéro. La disposition de l'instrument est telle que la dilatation ne porte que sur la partie introduite dans l'urètre, et respecte le méat, dont le calibre ne tolérerait pas sans protester de semblables manœuvres. L'instrument est introduit fermé (il a le calibre d'un Béniqué 40) et munie d'une gaine de caoutchouc stérilisé jusqu'au cul-de-sac du bulbe ; une fois qu'il est en place, on tourne la vis et l'instrument augmente de volume, au moyen de quatre tiges mobiles qui s'écartent de l'axe central. On peut aller vite au numéro 50, mais au delà on avance à pas lents, on tourne doucement, fixant et calculant à chaque instant les sensations de tension qu'éprouve le malade. A chaque degré d'ascension dans la dilatation, le malade accuse une légère douleur ; c'est le criterium voulu, il faut s'arrêter. Une ou deux minutes se passent, la douleur disparaît ; un nouveau tour de vis donne un dixième de plus. Et ainsi on monte lentement de manière à gagner tout au plus en une séance cinq à six dixièmes, et à atteindre en dix ou douze séances le maximum voulu de la dilatation. Les séances sont répétées tous les dix ou quinze jours. Lorsque la limite de dilatation est obtenue, chaque séance consiste à revenir au point maximum, et toujours avec la même prudence, les mêmes précautions que précédemment.

Après chaque séance, il y a, dans les quelques heures qui suivent, une sécrétion considérable de l'urètre : il s'écoule un liquide muqueux, légèrement teinté en rouge, et dont l'abondance est telle que plusieurs épaisseurs de linge peuvent être traversées. D'après Oberlænder, l'efficacité de la méthode est en raison directe de l'intensité de la réaction ; plus l'écoulement, qui suit la dilatation, est abondant, et plus est efficace l'action thérapeutique, plus il y a des chances d'arriver rapidement à un bon résultat. D'ailleurs cette réaction n'est que momentanée. Elle diminue les jours suivants, et en trois jours l'urètre a repris le niveau de la sécrétion habituelle. Kollmann fait dans l'intervalle des séances des lavages au nitrate d'argent ou à l'eau boriquée ; pour ma part, je laisse l'urètre complètement au repos, et n'y touche pas jusqu'à la prochaine séance.

A cette façon de faire je n'ai vu aucun inconvénient : je n'ai jamais observé les hémorragies que les préconisateurs de la méthode observent avec leurs dilatations excessives. Il n'y a pas de douleurs en urinant, pas de fièvre ; et en dehors de cette recrudescence de l'écoulement, qui dure tout au plus quarante-huit heures, on n'observe aucun fait objectif capable de fixer l'attention ou d'éveiller les craintes et les susceptibilités du malade.

Que se passe-t-il dans ces conditions et quelle est la raison de l'efficacité de cette méthode ? Je crois qu'il s'agit là d'un véritable massage, qui agit à la fois sur les lésions superficielles épithéliales et sur les lésions profondes interstitielles : s'il favorise la chute et la desquamation d'un épithélium kératinisé, il facilite la résorption des « infiltrations » interstitielles. Mais cette résorption sera d'autant plus facilement et plus rapidement obtenue, que les lésions seront plus jeunes et encore embryonnaires. Contre les lésions fibreuses et sclérosantes, la

Digitized by Google

méthode est inefficace ; elle ne détruit pas les rétrécissements. Mais elle s'adresse à des lésions plus jeunes et capables encore de régression.

Quoi qu'il en soit, la sécrétion diminue de semaine en semaine ; et en une période de temps, qui varie de quatre à six mois, elle disparaît complètement. La rapidité, toute relative d'ailleurs, de l'action thérapeutique est en raison nverse de l'ancienneté des infiltrations. Elle exige de la part du malade et du médecin une grande dose de patience et de bonne volonté : mais l'un et l'autre sont largement payés par la guérison d'une affection locale, qui retentit souvent d'une façon si grave sur l'état moral et la santé.

## MÉDECINE LÉGALE

### Les procès en responsabilité médicale
*(Procédure et rôle du médecin-expert)*

Par P. Brouardel
*Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine* (1)

Dans l'état actuel de la jurisprudence, les poursuites exercées contre un médecin peuvent être engagées de trois façons différentes :

Le procureur de la République peut poursuivre lui-même, quand il y a présomption de faute grave. C'est ainsi que le procureur intenta des poursuites contre un officier de santé, qui, s'étant rendu ivre auprès d'une femme en couches, perfora l'utérus et lia les intestins qui sortaient, croyant à une procidence du cordon.

La famille peut demander au médecin des dommages et intérêts pour une opération qu'elle juge mal faite ou une médication qui à son avis a causé préjudice au malade.

Enfin, si le procureur refuse de poursuivre, le malade ou sa famille, en vertu du droit de citation directe, peut faire appeler le médecin devant le tribunal correctionel. C'est ainsi que le Dr Bouchereau, soignant une malade atteinte d'aliénation mentale, reçut du mari de cette femme une citation directe à comparaître sous l'inculpation de séquestration.

Dans le premier et le second cas, il y a nomination d'experts.

Dans le troisième cas, le médecin doit se présenter devant le tribunal pour se défendre des accusations portées contre lui ; pour ne pas se défendre lui-même, car on est suspect quand on plaide *pro domo sua*, il se rend en général à la barre accompagné d'un ou de plusieurs confrères, qui se chargent de prendre la parole et viennent, devant le tribunal, affirmer la parfaite honorabilité de leur collègue et les raisons qui, dans le cas particulier, ont dirigé ses actes professionnels.

Messieurs, depuis 25 ans, jai été commis environ 100 ou 120 fois pour des questions de ce genre, et je vous assure que je n'ai jamais abordé l'enquête sans un douloureux serrement de cœur ; le médecin qui va être appelé à se faire le juge des actes commis par un confrère, éprouve la même impression que l'officier qui est obligé de marcher contre ses concitoyens dans une guerre civile.

Si jamais, dans le cours de votre carrière, vous vous trouvez contraint de juger les actes d'un de vos confrères, je vous recommande d'abord d'oublier les rapports que vous avez pu avoir avec lui. Que vous soyez son ami, ou bien au contraire que vous n'ayez pas entretenu avec lui de bonnes relations, vous ne devez pas vous en souvenir. Surtout il ne faut pas apprécier le fait incriminé d'après le genre de vie que mène son auteur, d'après sa conduite dans sa vie publique ou privée, car dans ce cas le rapport que vous soumettrez à l'appréciation des juges sera entaché de partialité et provoquera un arrêt injuste. Il ne suffit pas qu'un homme soit, par ses antécédents, jugé capable de commettre telle action pour admettre qu'il l'a réellement commise.

Je vous rappellerai le cas du médecin anglais Palmer (1). C'était un homme taré et qui, s'il était médecin de nom, ne passait guère son temps que sur les champs de courses ; il comptait avec un de ses amis, sportsman comme lui, quelques milliers de livres de dettes ; au moment du Derby, ils présentèrent ensemble au départ leur unique cheval, dans des conditions telles qu'il semblait incapable de pouvoir soutenir la course ; cependant ce fut lui qui arriva en tête. Cette victoire sportive leur fit gagner une somme d'environ un million. En possession de cette fortune inespérée ils offrirent un dîner à leurs camarades. L'ami intime, couchant dans la maison du médecin, fut pris dans le milieu de la nuit de convulsions dont il se remit du reste rapidement. Pour fêter l'acquittement de leurs dettes, ils donnent un second dîner ; dans la nuit suivante l'ami est pris de nouvelles convulsions auxquelles il succombe bientôt. Palmer eut le grand tort de mettre dans sa poche le portefeuille du mort. Comme sa réputation était exécrable, on l'accusa aussitôt d'avoir empoisonné son ami avec de la strychnine. Taylor était chargé de l'expertise : il dit malencontreusement dans son rapport qu'il était impossible de reconnaître la présence de la strychnine dans un cadavre, et cependant, déjà à cette époque, c'était l'un des rares alcaloïdes que l'on savait retrouver. Palmer fut condamné à être pendu, et fut exécuté.

Si nous jetons un coup d'œil sur le rapport de Taylor, il nous est facile de reconnaître la cause de cette mort attribuée à un empoisonnement. En effet il y est dit que les reins étaient petits et qu'ils contenaient plusieurs gommes syphilitiques. Il semble donc fort probable que

(1) En raison de l'actualité de cette question, nous n'hésitons pas à emprunter aux *Annales d'hygiène* (nov. 1897), la leçon récente de M. Brouardel, recueillie par M. P. Reille.

(1) Tardieu : Mémoire sur l'empoisonnement par la strychnine, contenant la relation médico-légale complète de l'affaire Palmer (*Ann. d'hyg.*, 1856).

Digitized by Google

l'homme en question est mort d'une attaque d'urémie convulsive due à ses excès de la veille. En tout cas le poison ne fut pas retrouvé et l'empoisonnement ne fut pas démontré. Palmer fut condamné parce qu'on le jugeait capable d'avoir commis le crime et non parce qu'il fut établi qu'il l'avait commis.

En second lieu, Messieurs, ne vous basez pas pour établir vos conclusions sur les phases ultérieures de la maladie. Ne jugez pas en tenant compte exclusivement des résultats de l'autopsie. Faites dans ces circonstances la part de ce que pouvait savoir votre confrère au moment où il a fait sa prescription et de ce que vous savez; car la maladie a évolué et l'autopsie a éclairé les points douteux. En un mot, il faut vous placer dans les conditions mêmes où se trouvait le médecin incriminé au moment où il a été appelé près du malade, de façon à pouvoir apprécier les incertitudes dans lesquelles il a pu se trouver.

Si vous êtes appelé à pratiquer l'autopsie, ne manquez jamais de demander au juge d'instruction, que, soit l'accusé, soit un représentant choisi par lui, soient présents.

Ainsi, Messieurs, lorsqu'il y a peu de temps je fus commis avec M. le Dr Thoinot pour faire l'autopsie de la malade morte chez le Dr Boisleux, j'ai demandé que le docteur Boisleux, alors seul mis en cause, assistât à cette opération, de manière qu'il lui fût possible de donner son opinion et d'expliquer les lésions que nous allions constater. J'ai prié le Dr Boisleux d'en écrire la relation de sa main ; quand notre rapport a été terminé, nous l'avons lu à MM. Boisleux et Lajarrige, de manière que notre impartialité ne put être mise en doute (1).

Enfin, vous n'avez pas à vous demander ce que vous auriez fait, vous trouvant au chevet de ce malade. La question de médication est, comme le disait le procureur Dupin, une querelle entre Hippocrate et Galien, une question à régler entre médecins.

Pour rendre plus clair mon exposé, je suppose que vous ayez à juger l'opportunité de l'emploi d'une médication ; demandez-vous si elle est classique, usitée par plusieurs médecins, conseillée par des praticiens autorisés, ou si c'est une médication nouvelle, mais ne vous demandez pas si, vous, vous auriez choisi cette médication ou toute autre ; vous n'avez pas à juger les opinions médicales de votre confrère en leur opposant les vôtres. Ainsi : il s'agit d'un cas d'hémorrhagie cérébrale, le médecin a prescrit la saignée, les sangsues à l'anus, les purgatifs ; c'est une médication que l'on n'emploie plus guère aujourd'hui, à tort ou à raison, je n'ai pas à le discuter ; pourrez-vous dire que le médecin a commis une faute en soignant son malade d'après cette vieille méthode ? Assurément non, car elle est indiquée dans tous les traités de pathologie interne, c'est une médication classique.

Il y a quelques années un fait plus délicat à apprécier est survenu dans le service du docteur Legroux à l'hôpital Trousseau. On amène un enfant qui meurt avec des signes d'empoisonnement. L'autopsie faite par le médecin et les recherches chimiques pratiquées par l'interne en pharmacie font conclure à un empoisonnement par le phosphore. On fait une enquête et l'on apprend que cet enfant a été soigné par un médecin du quartier de Belleville, ancien interne des hôpitaux, qui depuis plusieurs années avait fondé un dispensaire pour enfants. Ce médecin n'exerçait pas, mais donnait des consultations gratuites et de plus il fournissait les médicaments. Chaque jour il prodiguait ses soins à 50 ou 60 enfants, bien souvent scrofuleux ; il employait pour leur traitement l'huile de foie de morue phosphorée à la dose d'une à deux cuillerées à soupe par jour ; l'enfant transporté à Trousseau était mort à la suite de ce traitement.

Je fus commis avec M. Ogier pour l'expertise et, en reprenant les documents, j'ai vu qu'à Vienne un professeur de clinique avait préconisé ce traitement, donnant une statistique de 800 cas traités, dont 750 avaient guéri en deux mois, sans qu'on ait eu à enregistrer un seul décès ; la dose de phosphore prescrite était double de la dose employée par le médecin de Paris ; celui-ci fut acquitté par le tribunal qui cependant, je dois le dire, montra quelque difficulté à accepter notre interprétation. Legroux, dans son rapport, avait exprimé une opinion, qui est aussi la mienne ; prescrire du phosphore me semble dangereux, attendu que ce corps a tendance à s'accumuler dans l'organisme et peut ainsi causer un empoisonnement ; c'est mon opinion de médecin traitant, mais comme médecin expert je n'avais pas à la formuler. Me basant sur ce fait que cette médication avait été employée à l'étranger par un homme compétent, qui affirmait en avoir eu de bons résultats et qui proclamait son innocuité, je n'ai pas hésité à conclure que le médecin n'avait pas commis une faute.

Il y a quelques années, un jeune médecin s'établit près de Sedan, dans une commune où se trouvait déjà un vieux praticien, qui semble ne pas lui avoir fait un affectueux accueil. Un de ses premiers clients fut un jeune homme du pays, qui, se trouvant à Paris, avait été pris de fièvre thyphoïde ; après quelques jours, on le transporte dans son village et le jeune médecin lui ordonne quatre grammes d'acide salicylique dans une potion à prendre en une heure. Le malade meurt. Assurément, je trouve cette dose d'acide salicylique considérable et jamais je n'oserais donner une telle quantité de ce médicament en une heure, surtout à un malade que je ne connais pas et dont les reins peuvent être en mauvais état, et, cependant, je ne devais pas dire que le médecin avait eu tort.

En effet, le vieux praticien ayant répété un peu partout que son jeune confrère avait occasionné la mort de son malade, je fus commis pour faire l'expertise. Je n'ai pas eu de peine à démontrer que si ce médecin avait donné cette dose d'acide salicylique c'était parce qu'il avait

(1) Voy. Brouardel et Thoinot. Affaire Boisleux et Lajarrige (*Ann. d'hygiène*, 1897).

Digitized by Google

maintes fois vu un médecin des hôpitaux, Vulpian, dont il avait été l'externe, donner cette même dose sans avoir jamais eu à déplorer le moindre accident; bien plus, Vulpian venait de faire à l'Académie de médecine une communication sur cette méthode qu'il appuyait de trente observations, dans lesquelles les malades paraissent avoir recueilli un véritable bénéfice de cette médication ; enfin à l'Académie personne n'avait élevé la voix pour protester contre la quantité d'acide salicylique donnée en aussi peu de temps.

De plus, ne savons-nous pas qu'il arrive souvent dans le cours de la fièvre typhoïde qu'un malade tombe dans le collapsus et meurt, sans que l'on puisse en aucune façon incriminer la médication? Ne trouvons-nous pas des exemples frappants de ce genre de mort au cours de la fièvre typhoïde dans les livres de Louis (1), de Lorain (2), de Wunderlich (3), et pouvons-nous affirmer que le malade en question n'est pas mort naturellement dans le collapsus, surtout après les fatigues du transport de Paris à Sedan en chemin de fer et de Sedan à son village en voiture?

Quand il s'agit d'une médication nouvelle, où l'on ne peut être couvert par l'avis d'autres médecins, il faut agir avec la plus grande prudence.

Il y a quelques années, avant les découvertes de Roux en France et de Behring en Allemagne dans le domaine de la sérumthérapie, un médecin de Paris eut l'idée de saigner des chèvres et d'injecter le sérum à des tuberculeux.

Je fus commis par le parquet pour faire une enquête sur le fait suivant :

Un homme, phtisique peu avancé, vient se faire traiter; on lui fait l'injection; notez que pour la pratiquer, le médecin n'avait qu'un aide, qui n'était même pas étudiant en médecine; le malade tombe mort dans le cabinet de consultation. Je ne veux pas discuter la valeur de cette méthode; je ne veux pas savoir, restant sur le terrain médico-légal, si elle est bonne ou mauvaise, si elle peut amener des désordres capables d'occasionner la mort; mais ce que je puis affirmer, c'est que l'on a souvent cité le cas d'hommes ne présentant que des signes légers de tuberculose et qui cependant ont été frappés de mort subite; par conséquent on ne peut dire, dans le cas dont il s'agit, que « le malade est mort du traitement », attendu qu'il aurait pu se faire que la mort fût survenue subitement en ce moment sans application de ce traitement.

Le médecin ne fut donc pas poursuivi, mais je dus lui faire remarquer, à lui, combien sa conduite était imprudente. L'essai de médications nouvelles ne peut se faire qu'après des expériences nombreuses et contrôlées sur des animaux, en présence de personnes compétentes, capables de vous prêter instantanément une assistance efficace.

N'oubliez pas que l'homme à qui on prescrit la médication incriminée était un malade, que dans le cours de toute maladie il y a des surprises, et demandez-vous toujours s'il ne pouvait se faire que, par l'évolution naturelle de son affection, l'accident suspect ait pu se produire.

De plus, il faut s'enquérir des fautes commises par le malade lui-même. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'un malade meurt inopinément pour avoir négligé les avis de son médecin quand, par imprudence, il commet un écart de régime ou fait des efforts violents malgré les conseils qui lui sont donnés? Ce sont autant de cas de mort que l'on peut parfois attribuer à la médication, et l'enquête ne parvient pas toujours à écarter toutes les chances d'erreur.

Il ne faut pas, Messieurs, que le médecin légiste se laisse impressionner par une erreur de diagnostic considérée en elle-même ; alors qu'il lui semble qu'on aurait pu facilement l'éviter ; nous avons tous vu des erreurs de diagnostic, nous en avons tous fait et pendant les 25 ans que j'ai passés à la tête d'un service hospitalier, je me le rappelle et mes élèves peuvent aussi s'en souvenir, plusieurs fois j'ai commis de ces erreurs ; mais on ne peut rien nous reprocher, si nous nous sommes minutieusement renseignés, si une fois que les antécédents et les symptômes nous ont éclairés, nous formulons un diagnostic ; il peut n'être pas exact, mais nous l'avons fait avec la préoccupation d'écarter les causes d'erreur ; nous n'avons pas réussi, car nous ne sommes pas infaillibles ; l'on ne doit pas nous en tenir rigueur et nous ne devons pas oublier que les plus grands maîtres ont pu se tromper.

Dupuytren n'a-t-il pas ouvert un anévrysme de l'artère axillaire croyant avoir affaire à un abcès du creux de l'aisselle ?

Je me souviens, alors que j'étais élève du professeur Laugier et qu'il expérimentait le traitement de Scoutetten pour les kystes de l'ovaire par l'électrisation, qu'une femme vint le trouver avec un ventre volumineux. Le chirurgien diagnostiqua un kyste de l'ovaire et le traitement fut aussitôt commencé. Au bout de quelques jours, la tumeur diminua de volume et Laugier espérait déjà pouvoir compter sur un succès, lorsqu'un matin, en arrivant à l'hôpital, nous fûmes très étonnés de voir auprès de notre malade un berceau dans lequel notre soi-disant kyste de l'ovaire s'agitait et criait.

Ne soyons donc pas trop sévères les uns envers les autres. Bien souvent nous n'avons pas fait d'erreur de diagnostic sur la nature de la maladie, mais il n'est pas rare que nous en ayons fait une sur l'étendue de la lésion ou bien qu'une lésion, même importante, soit passée inaperçue sur l'individu vivant. Si l'on prenait la précaution, avant de faire une autopsie, d'écrire en détail le diagnostic anatomo-pathologique, je suis sûr qu'il ne serait pas toujours vérifié dans toutes ses parties. Il serait

(1) Louis. *Recherches sur la fièvre typhoïde.* Paris 1841.

(2) Lorain. *La température du corps humain et ses variations dans les maladies.* Paris, 1877.

(3) Wunderlich. *De la température dans les maladies.* Paris, 1872.

Digitized by Google

excessif de ne pas s'en souvenir et de juger un confrère par les seuls résultats de l'autopsie.

La justice doit être égale pour tous, mais ce serait commettre une injustice que de juger avec la même sévérité une erreur commise par un médecin des grandes villes ou un médecin de la campagne. En effet, à Paris, dans un cas de responsabilité, où il y aura eu soit erreur de diagnostic, soit erreur de traitement, le magistrat pourra demander pour quelle raison le médecin de la ville incriminé n'a pas, s'il n'était pas absolument sûr de lui, demandé l'avis d'un consultant. Ainsi moi, qui n'ai pas fait d'accouchement depuis 1871, j'estime que, me trouvant en face d'une femme enceinte, j'aurais tort d'essayer de faire une version, une basiotripsie ou une symphyséotomie, alors que bien d'autres, qu'il m'est facile d'appeler, sont plus aptes que moi à pratiquer ces opérations obstétricales.

Au contraire, à la campagne, il faut que le médecin soit simultanément médecin et chirurgien, accoucheur et oculiste, qu'il soigne aussi bien les maladies urinaires que les affections cutanées, et cependant on ne peut lui demander d'être spécialiste dans chacune de ces parties.

Si vous avez un jour à faire un rapport sur un sujet de médecine spéciale, vous pouvez demander à un spécialiste son avis sur les faits ; mais il ne doit pas rédiger le rapport, car il se pourrait que lui, spécialiste, considérât comme une faute grave, une erreur commise dans la partie dont il s'occupe particulièrement, alors qu'en réalité cette erreur peut être fort pardonnable pour un autre. Rappelez-vous les paroles du Lord chef justice de Londres : « Un homme n'est pas tenu d'apporter dans sa tâche une habileté extraordinaire, mais seulement un degré d'habileté normal. »

En terminant cette question de l'expertise en matière de responsabilité, après vous avoir exposé les difficultés de ce rôle bien délicat et envers la justice et envers des confrères, je dois conclure : Je crois que le jugement d'un expert, qui signe le rapport qu'il écrit et par là en prend l'entière responsabilité, est préférable à un jugement rendu par un conseil de médecins. En effet le médecin légiste, au moment où il signe son rapport, sait que, s'il se trompe dans ses appréciations, cette faute le suivra pendant toute sa carrière, tandis que, dans une commission, personne n'a de responsabilité ; à la responsabilité du juge unique qui ne peut se dérober, on substituerait un *anonymat* irresponsable.

## ÉTUDE CLINIQUE

**Accouchement et lombricose.** — M. Pierre Marie vient de publier (*Journal des Praticiens*, 6 nov. 1897) une observation très intéressante sur un cas de typho-lombricose. Le nombre des faits connus est encore très restreint, aussi, peut-être sera-t-il bon de donner cette note, quelque incomplète qu'elle soit.

J'avoue que je n'ai fait le diagnostic qu'en lisant le travail de Chauffard.

Le 28 septembre 1895, je suis appelé auprès d'une jeune femme de 19 ans qui devait accoucher pour la première fois, quelques jours après. La température était de 39°,5. J'examinai en vain tous les organes sans pouvoir expliquer cette température. Cependant, la parturiente était fortement albuminurique. Je prescrivis le régime lacté absolu, qui fut, je crois, scrupuleusement suivi. Dans la nuit du 30, l'accouchement se fit avec la plus grande simplicité. La délivrance se fit sans aucune intervention, sans aucun incident, avec la plus grande facilité. Pendant l'accouchement, la température, sans que je l'aie vérifié avec le thermomètre, m'a semblé notablement baissée. Au milieu des douleurs, il se passa un fait auquel je n'attachai sur le moment aucune importance : la parturiente en faisant un mouvement de déglutition, rendit un énorme lombric par la bouche.

Le lendemain matin la température était à 39° ; le soir à 38° ; le lendemain matin, 2 octobre, à 38°,5 ; le soir elle remontait à 38°,8.

J'examinai à nouveau les différents organes : tous me semblaient en parfait état. L'infection puerpérale ne pouvait être mise en cause, le ventre était souple, se laissait déprimer facilement, sans douleur, l'utérus avait un volume normal. Il n'y avait pas eu de frissons ; d'autre part, on ne pouvait penser à une fièvre typhoïde, qui aurait été au moins au cinquième jour, et il n'y avait pas de taches rosées ; l'intelligence par ailleurs était absolument nette.

Sur ces entrefaites, je ne sais plus à quelle date, n'ayant fait le relevé au jour le jour que de la température, un confrère alla voir ma malade, sans que je l'aie mis au courant de la situation. Il fut également embarrassé pour le diagnostic.

Cependant, sur les instances de la famille, j'administrai un vermifuge. La malade rendit deux ou trois lombrics. J'en administrai un second quelques jours après. Malheureusement, je n'ai pas conservé les dates et je ne saurais dire si les abaissements de température ont coïncidé avec la prise du médicament.

L'albumine fut dosée le 3 avec l'appareil de Tanret, qui indiqua 3 gr. ; le 7, il n'y avait plus que 0 gr. 50 ; le 10, elle remonta à 1 gr. ; le 17, il y avait encore 0 gr. 60.

La température baissa graduellement depuis le 3. Le 7, elle devient normale et même inférieure.

Je n'ai relevé aucune particularité dans les suites de couches. Aujourd'hui, la santé de cette jeune femme est excellente et elle attend un autre bébé.

J'ai bien souvent causé de cette histoire avec le confrère qui m'a assisté, et j'avoue que nous n'avons eu ni l'un ni l'autre l'ombre d'un diagnostic.

Il me souvient cependant avoir pensé à la possibilité de la lombricose, mais avoir repoussé bien loin de moi cette idée, comme absolument saugrenue. En relisant le travail

Digitized by Google

de Chauffard et celui plus récent de Marie, il me semble que j'ai eu tort et que là était la vérité.

Dr Paul Aubry (*de Saint-Brieuc*).

***

**Lombricose et fièvre typhoïde.** — La fièvre typhoïde est à l'état endémique à Boën, chef-lieu de canton de la Loire. En 1893, il y eût même une épidémie violente dans laquelle mes confrères et moi avons constaté environ 300 cas de dothiénentérie.

Sur une centaine de malades, que, pour ma part, j'ai soignés, j'ai trouvé 10 à 12 cas de lombricose, tant sur les adultes que sur les enfants. Dix à douze fois, le calomel administré au début, a expulsé un ou deux lombrics, de telle sorte que les parents et surtout les commères, dont on n'ignore pas la défiance vis-à-vis du médecin, affirmaient que le patient « avait des vers et non pas la fièvre ».

J'ajouterai que jamais la complication n'a été sérieuse ; le ou les lombrics expulsés, la dothiénentérie suivait sa marche cyclique, et je n'ai pas remarqué que la présence des ascarides ou de leurs excrèta ait rendu plus bruyante la symptomatologie des fièvres typhoïdes en question.

Une seule fois, j'ai été fort perplexe. Il s'agissait d'un petit malade de deux ans et demi, qui d'ailleurs reste en traitement à l'heure actuelle. Cet enfant en était à sa seconde semaine. Rien de bien alarmant dans son état général. Une nuit, je suis appelé; le malade avait une céphalalgie épouvantable, des contractures douloureuses des membres, à la nuque, des cris hydrencéphaliques, si bien que, malgré l'absence des vomissements et de la constipation, je diagnostiquai une méningite secondaire.

Après deux jours d'angoisse, les parents m'apportent un énorme lombric qui venait d'être évacué. Il n'y eut pas d'amélioration immédiate, peut-être par ce fait que les excrèta de l'ascaride durent continuer son action nocive. Mais au bout de quatre à cinq jours, les contractures avaient considérablement diminué, ainsi que tout le cortège effrayant des symptômes relatés plus haut. Aujourd'hui, l'enfant est en bonne voie de guérison.

Que conclure de ce fait clinique ? Ne semble-t-il pas infirmer d'abord la théorie de Chauffard, puis celle de Chansou et Tauchon ? Au contraire, ne donne-t-il pas raison aux anciens auteurs, soutenant que les ascarides déterminent dans l'intestin une série de réflexes pathologiques? J'ai eu évidemment affaire à des convulsions déterminées par la présence du ver coupable. —

Dr Roche (*de Boën*).

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**L'oxyde noir de cuivre comme ténifuge.** — Le Dr J. Sass vient d'attirer récemment l'attention sur un ténifuge peu employé en Allemagne et fort rarement en France (*Medisch Weekblad* 1897, n° 20). Il s'agit de l'oxyde cuivrique, préconisé d'abord par Hager (1888, *Handbuch der pharmaceutischen Praxis*) et, après lui, par un confrère russe, le docteur F. Schmidt. Le remède se prescrit sous forme de pilules, dont voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| P. Oxyde noir de cuivre | 6 | grammes |
| Craie préparée | 2 | — |
| Argile blanche | 12 | — |
| Glycérine | 10 | — |

Pour 120 pilules ; 8 à 10 par jour.

Pendant une semaine, le patient prend 4 fois par jour 2 pilules, et pendant la deuxième semaine 4 fois par jour 3 pilules. Durant tout ce temps, il s'abstiendra de boissons et d'aliments acides. Au bout de deux semaines, on donne une bonne dose d'huile de ricin.

Chez les enfants, on peut prescrire le médicament sous forme de pastilles dont voici la composition :

| | | |
|---|---|---|
| P. Oxyde noir de cuivre | 5 | grammes |
| Craie préparée } | ãã 1 | — |
| Carbonate de magnésie } | | |
| Gomme adragante | 10 | — |
| Glycérine | 5 | — |
| Sucre blanc | 40 | — |
| Eau | Q. S. | |

Pour 50 pastilles, 2 à 3 par jour.

Au bout de 3 à 4 jours, les débris du tænia apparaissent dans les fèces et les symptômes déterminés par la présence du ver solitaire s'effacent.

L'administration de ce ténifuge n'exige aucun traitement, ni le repos au lit durant la cure. Il serait surtout indiqué dans les cas où, malgré l'emploi rationnel des autres ténifuges, la récidive se produit. Il est, d'ailleurs, démontré que l'injection d'oxyde cuivrique n'expose à aucun accident toxique. — LDm.

**Le massage dans l'invagination intestinale.** — L'observation clinique que vient de publier le Dr Westerveld (*Medisch weekblad*, 1897, n° 15) est surtout intéressante au point de vue thérapeutique. C'est ce qui nous engage à la résumer brièvement.

Un enfant de huit mois, soumis à un régime mal approprié à son âge, est atteint brusquement de vomissements et d'anxiété ; le pouls est fréquent, le ventre un peu gros. Un examen minutieux ne permet de découvrir aucune lésion. On prescrit un lavement de glycérine et une potion au bicarbonate de soude. Le lendemain, l'état général s'est amélioré, mais les symptômes locaux sont devenus plus nets à la région abdominale. On constate que le péristaltisme est exagéré et qu'il existe une tumeur en forme de boudin, dirigée de bas en haut et de gauche à droite. Le toucher rectal permet de sentir une tumeur rappelant à la palpation la portion vaginale du col utérin. Il s'agit nettement d'une invagination du gros intestin dans l'S iliaque.

L'auteur ne parvient pas à réduire l'invagination. Une injection rectale d'eau tiède n'a pas plus de succès. Avant de se décider à recourir à une laparotomie. Westerveld essaya le massage, conseillé dans ces cas par Harder. Il introduit l'index de la main droite bien huilé dans le rectum et, avec les doigts de la main gauche, également bien huilés, il massa extérieurement la tumeur en faisant prudemment des frictions de bas en haut. Après cinq minutes de massage, il recourut de nouveau aux grands lavements. Il constata bientôt la disparition de la tumeur en même temps que se produisait la défécation. A partir de ce moment, tous les symptômes disparurent comme par enchantement. Deux gouttes de laudanum furent administrées alors à l'enfant pour maintenir les intestins en repos.

Les heureux effets du massage dans ce cas d'invagination intestinale méritent de fixer l'attention. — L. Demoor.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## OBSTÉTRIQUE

**De la menstruation et de l'ovulation pendant la période puerpérale.** — Toute femme de bonne santé, habituellement bien réglée, qui présente de l'aménorrhée persistante doit être considérée comme très probablement enceinte. Les causes de l'aménorrhée pathologique sont connues, et la tuberculose avancée, la chloro-anémie grave, l'adipose généralisée, etc., sont d'un diagnostic aisé. D'autre part, la persistance des règles pendant la grossesse, est malgré la croyance vulgaire, extraordinairement rare. Cependant, elle existe, mais il y a les plus grandes chances pour qu'en pareil cas, la femme ait un utérus mal formé, un utérus double ; l'une des deux cavités contient l'œuf, l'autre reste le siège d'une fluxion mensuelle qui se traduit par l'apparition d'un écoulement réellement cataménial. Quelquefois la première époque correspondant aux règles ordinaires qui suit immédiatement la conception, est marquée par la venue d'un peu de sang. Mais la qualité et surtout la quantité de ce sang sont très différentes de ce qu'elles étaient avant la fécondation.

L'aménorrhée dure toute la grossesse ; et s'il survient un écoulement sanguin à une époque quelconque de la gestation, il doit être considéré comme pathologique, et traité en conséquence. Que de menaces de fausses couches, regardées à tort comme un retour des règles, et qui ne sont dues en réalité qu'à une fatigue exagérée à un traumatisme, au coït, etc. !

Six semaines environ après l'accouchement, se fait le *retour de couches*, véritable retour de la menstruation qui reprend ensuite son cours régulier. Le retour de couches est précédé souvent vers le 18e où le 20e jour après l'accouchement d'un petit écoulement sanguin, qu'on a désigné sous le nom de « petit retour de couches ».

S'il est aisé de savoir ce que devient la menstruation pendant la période puerpérale, l'ovulation est moins facile à étudier. Pour Schülein, pendant la grossesse l'ovaire reste inerte ; Scanzoni, Meigs, Slavjanski soutiennent au contraire que l'ovulation continue ; Cuzzi et Berti admettaient qu'il pouvait y avoir un commencement de maturation des follicules de de Graaf. Négri, et Drona, Bajardi croyaient possible la déhiscence du follicule ; et Palladino a soutenu que pendant la grossesse, la fonction ovarienne continuait. Récemment (janvier 1897) Cosentino pense avoir pris sur le fait l'ovulation pendant la grossesse : Une femme de 34 ans, cardiaque, meurt subitement au sixième mois de sa grossesse. L'ovaire droit sectionné transversalement présentait dans la substance corticale trois cavités kystiques, avec un corps jaune, récent à la partie antérieure. Une préparation microscopique montre un follicule de de Graaf, éclaté, pris sur le fait même, de forme circulaire, à bords frangés, pourvus d'un riche réseau de vaisseaux artériels et veineux entourant l'enveloppe et un ovule mûr avec tous ses éléments, dans une masse de substance moléculaire, déposée entre la membrane granuleuse et la paroi du follicule. L'ovaire gauche portait un corps jaune plus ancien que celui du côté droit.

Or, de ces deux corps jaunes, l'un appartenait bien certainement au follicule dont l'ovule avait été fécondé, et l'autre, à un follicule qui avait acquis un certain degré de maturité pendant le cours de la grossesse.

Ainsi serait confirmée l'opinion de ceux qui croient à la superfétation. Pour qu'elle puisse se faire, il faut tout naturellement que le spermatozoïde trouve un chemin ouvert entre la paroi utérine et l'œuf fécondé qui en occupe déjà la cavité. Cette voie inter-utéro-ovulaire peut à la rigueur rester perméable pendant les trois premiers mois de la grossesse, alors que les deux caduques ovulaire et pariétale sont encore indépendantes l'une de l'autre et que leur soudure n'est pas réalisée. Après le troisième mois la superfétation ne serait plus possible, ce qui n'empêcherait pas l'ovulation de continuer.

Après l'accouchement, les constatations cliniques redeviennent plus faciles. Et il est certain que la fonction ovarienne reprend vite son cours, si tant est qu'elle l'ait jamais suspendu. Il n'est pas très rare de rencontrer des femmes qui accouchent dix mois après leur précédent accouchement. On raconte même que certaines femmes ont été fécondées, le jour même de leur délivrance, où à peine quelques jours après, preuve que l'ovulation se faisait pendant les premiers jours des suites de couches.

L'ovulation et la menstruation se passent d'habitude simultanément et parallèlement, et avec le retour de couches, il est logique de comprendre une ponte ovulaire. Mais la ponte peut certainement avoir lieu sans écoulement menstruel ; Cosrentino, nous l'avons vu, en donne la démonstration anatomique ; la clinique avait depuis longtemps parlé dans le même sens. Combien, en effet, de femmes qui deviennent enceintes pendant qu'elles allaitent, c'est-à-dire à une époque où elle ne se sont pas réglées? Malaisé est alors le diagnostic de l'âge de la grossesse dont l'existence même, cause souvent bien des surprises ; d'autant mieux, que si la femme qui est à la fois nourrice et enceinte est d'une bonne santé elle peut continuer à allaiter son nourrisson, sans inconvénient aucun, pour celui-ci, pas plus que pour elle-même.

En résumé, une nourrice même non réglée peut redevenir enceinte, et une nouvelle fécondation peut avoir lieu chez une accouchée avant le retour de couches.

Menstruation n'est donc pas synonyme de fécondité,

Digitized by Google

quoique pour beaucoup d'auteurs, la période menstruelle, avec les jours qui la précèdent où qui la suivent immédiatement, soit éminemment favorable à la fusion de l'ovule avec le spermatozoïde. — Demelin, *accoucheur des hôpitaux*.

## CLINIQUE MÉDICALE

**Myocardites chroniques et cardio-sclérose.** — On a beaucoup écrit, ces temps derniers, sur les myocardites chroniques, et la question paraîtrait tout à fait claire, s'il ne régnait encore quelques obscurités sur de simples questions de mots. Comme notre collaborateur M. Weber a déjà traité dans ce journal (1897 n° 33) cette question encore litigieuse, nous ne ferons qu'en toucher un mot, au sujet d'un récent article paru dans la *Revue de Médecine* (novembre 97). Dans cet article, M. du Pasquier cherche à établir que certaines cirrhoses cardiaques peuvent être dépendantes de la sclérose des artères, ce qui est

Ces cas, où il n'y a pas traces de processus inflammatoire connu.

avaient été désignés sous le nom de cardio-sclérose par M. Huchard; car le terme « myocardite » est mauvais, c'est un « trompe-l'œil » comme on l'a dit quelque part. Aussi, nous emploierons l'expression de sclérose cardiaque qui n'implique pas comme le suffixe « ite », l'idée d'une inflammation qui n'existe pas; et si, par un abus de langage, le terme myocardite a subsisté et a donné lieu à tant de discussions de la part de ceux qui, ayant pris le mot à la lettre ne se sont pas donné la peine de le discuter, il serait temps de faire cesser la confusion en employant purement et simplement les expressions de cirrhose ou de sclérose cardiaque, comme le préconisent MM. Huchard et Weber.

Mais, revenons à notre sujet. D'après M. du Pasquier, la théorie ischémique ne rend pas suffisamment compte de ce qui se passe dans le muscle cardiaque. Que, sous l'influence de la diminution de calibre d'une artère, dit-il, il y ait diminution dans l'apport du sang artériel, nul doute, mais qu'il y ait de ce fait ischémie au sens réel du mot, du territoire en aval, c'est là qu'est l'erreur, car tout montre la congestion et la stase de ce territoire. Les gros cœurs des artério-scléreux sont avant tout de gros cœurs stasiques et non ischémiques. Le défaut de perméabilité d'une artère n'aboutit pas à l'ischémie mais à la stase, à l'infiltration sanguine et œdémateuse, à l'œdème chronique. En somme, au mot d'ischémie, il faut substituer celui de congestion pour se rendre compte des lésions de sclérose.

Cette théorie serait appuyée sur les faits suivants : 1° Si on lie une artère rénale, l'organe augmente de volume, se tuméfie, il y a congestion évidente ; 2° Dans les infarctus, le premier stade est constitué par un gonflement et une coloration violacée de tout le territoire correspondant à l'artère oblitérée ; 3° A la suite d'oblitération d'une fémorale par suite d'artérite typhique, il y a suppression de la *vis a tergo*, il se produit du gonflement, de la congestion du membre correspondant... On pourrait, d'après M. du Pasquier, multiplier ces exemples, à commencer par la phase post-embolique du ramollissement cérébral, pour terminer par les oblitérations de l'artère rétinienne. « L'épaississement de l'endartère qui rétrécit la lumière du vaisseau, la perte d'élasticité et la dilatation de ce vaisseau, sont des causes qui, en amoindrissant la *vis a tergo*, aboutissent à la diminution de la tension artérielle, à l'amoindrissement de la circulation dans le territoire irrigué, à la stase dans les capillaires veineux. »

Cette théorie est, d'ailleurs, la réédition d'une opinion émise déjà par Karl Huber dès 1882. Mais renversera-t-elle la théorie ischémique? Nullement, car nous considérons comme insuffisants tous ces arguments. On ne tient nullement compte de l'évolution d'une maladie et en particulier de la cardio-sclérose. Avant tout, la cardio-sclérose est une affection chronique, essentiellement chronique, et qui met des années pour progresser parfois très peu. Or, on prend comme preuve de la théorie, des lésions *aiguës*. Voyons plutôt : Y a-t-il des cardio-scléroses consécutives à la ligature d'une artère coronaire pratiquée par un habile chirurgien? Non certes, et ce processus *aigu* rapide ne saurait en aucune façon expliquer les processus dégénératifs consécutifs à une oblitération *lente* des coronaires mettant des années à se produire.

2° argument : L'infarctus! mais encore l'infarctus est une lésion aiguë, l'infarctus tel qu'on l'entend vulgairement, cette lésion que Woillez définissait : « des noyaux indurés, conséquence des *embolies capillaires*, c'est-à-dire produits par des corpuscules migrateurs dans le système circulatoire sanguin. » Je sais bien que dans une thèse récente, le mot infarctus est devenu synonyme de sclérose, d'anévrysme, etc., etc., et peut-être encore d'autre chose, il devient ainsi un « trompe-l'œil » ; mais dans l'esprit de tous ceux pour qui chaque mot a sa signification, l'infarctus est intimement lié à l'embolie, il en est la conséquence. Or l'embolie, que je sache, est un processus aigu et rapide, et d'autre part, est-il très fréquent dans les coronaires ?

3° Argument basé sur l'observation d'artérite typhoïde de M. Rendu. Fort bien, mais l'artérite observée par M. Rendu a mis 8 jours pour amener l'oblitération artérielle (*Clin. Méd.* p. 47). Or, s'agit-il là d'un processus essentiellement chronique comme la cardio-sclérose ?

Enfin, peut-on admettre que la tension artérielle es moins élevée dans une artère rétrécie? Non. Le débit du sang est moins considérable, mais on ne conçoit guère que la tension soit diminuée parce qu'il y a moins de sang. La tension artérielle a-t-elle jamais été plus faible dans une radiale que dans une aorte? La tension est indépendante du calibre du conduit et du débit de sang.

En somme, on sait depuis longtemps que, à la suite d'une oblitération brusque et rapide d'une artère, ce

Digitized by Google

sont des phénomènes congestifs qui se produisent secondairement ; mais, au cours d'une oblitération *lente* évoluant par années, est-ce que le même processus se produit ? Il est vrai que M. du Pasquier, et d'ailleurs beaucoup d'autres avant lui, ont observé le volume considérable de la grande veine coronaire. Cette stase accentuée du sang dans le myocarde chez les malades morts asystoliques, c'est là un fait incontestable et, du reste, incontesté. Mais, cette stase sanguine n'est-elle pas un processus *secondaire* à la sclérose, plutôt qu'un processus primitif ? Pour quiconque a suivi pendant longtemps des vieux scléreux, il est facile de voir avec quelle facilité et pour quelles raisons banales ou futiles ils dilatent leur cœur ; ils le dilatent parce que leurs poumons sont emphysémateux, parce qu'ils ont de la bronchite chronique, parce qu'ils ont de la symphyse pleurale, parce qu'ils ont des reins scléreux, etc., etc., et ils le dilatent d'autant plus facilement que leur myocarde est plus altéré, plus sclérosé. La sclérose chez eux favorise la dilatation cardiaque, et la dilatation cardiaque produit la stase dans les veines myocardiques, et c'est d'ordinaire à ce moment là que l'on a seulement l'occasion de faire leur autopsie.

Sans vouloir cependant refuser le moindre rôle pathogénique de la sclérose à la stase sanguine, nous pensons toutefois qu'elle sert d'adjuvant et qu'elle contribue à augmenter les processus scléreux, mais seulement dans les phases terminales de la maladie. Je m'explique. Les vieillards atteints de cardio-sclérose, avant d'entrer dans l'asystolie franche qui les emporte, ont très fréquemment des crises d'hyposystolie absolument curables, caractérisées le plus souvent par un léger degré d'oppression, de douleur hépatique, par de légers phénomènes de stase dans la circulation veineuse, par une dilatation cardiaque modérée, un œdème prétibial à peine marqué.

Ces phénomènes cessent avec la plus grande facilité sous l'influence du repos, du régime lacté absolu, d'un peu de digitaline ; mais ils réapparaissent très facilement, et que de fois n'avons-nous pas « remonté » de ces vieux cœurs comme on remonte une pendule ! Ils vont bien après le traitement, mais les causes les plus futiles, les plus légères, une simple erreur d'alimentation, les fait retomber, et rentrer de nouveau à l'hôpital. Or, il est de toute évidence, que ces dilatations faibles, mais souvent répétées du cœur, détermineront dans cet organe des phénomènes stasiques qui contribuent à augmenter la sclérose ; mais, encore une fois, ces phénomènes stasiques n'arrivent et ne se produisent que parce que le cœur était déjà altéré, déjà scléreux. (Nous faisons naturellement abstraction des cas où, comme dans le rétrécissement mitral, ce sont des obstacles mécaniques qui déterminent la stase ; ces faits sont totalement différents, mais ils sont intéressants en ce sens qu'ils prouvent que la stase sanguine répétée peut produire la sclérose du myocarde).

Nous croyons donc que les phénomènes stasiques imaginés par M. du Pasquier sont des phénomènes secondaires, et des phénomènes indiquant déjà que le cœur succombe à sa tâche, que la dilatation ultime est proche. Et cette conclusion n'est-elle d'ailleurs pas comprise implicitement et à l'insu de l'auteur dans les quelques considérations thérapeutiques qu'il formule à la fin de son travail : « Il faut, dit-il, avant d'administrer la digitale, abaisser la tension veineuse par le repos, les ponctions, le régime lacté... mais la *saignée* garde ici toutes ses prérogatives, etc. ». Mais c'est là le traitement de l'asystolie la mieux confirmée, caractérisée par la lutte de l'hypotension artérielle contre l'hypertension veineuse, aussi n'y a-t-il rien d'étonnant qu'il y ait stase « dans les parois mêmes du cœur ». Mais que nous sommes loin du début de la cardio-sclérose qui a souvent commencé plusieurs années auparavant, et dont les symptômes ne rappellent en rien ceux de l'asystolie, ou de la stase sanguine « dans les parois mêmes du cœur » ! Cette stase sanguine existe sans doute à la fin de la maladie comme à la fin de toutes les cardiopathies chroniques ; mais, si elle était un phénomène du début, comme on le veut, la médication par la saignée et la digitale s'imposerait, ce qui conduirait à une médication dont les conséquences seraient très graves. Donc, cette théorie (et ce n'est heureusement qu'une théorie), qui confond les effets d'une oblitération artérielle *brusque* avec ceux d'une oblitération *lente*, est contredite par l'anatomie pathologique, par la clinique et la thérapeutique, nos juges en dernier ressort. — M. D.

---

**Les néphrites palustres.** — L'influence de l'impaludisme dans la production du mal de Bright est généralement admise. Mais l'importance de cette influence a été très diversement appréciée et semble même variable suivant les milieux palustres. Tandis que Rosenstein estime que l impaludisme cause près du quart (23 0/0) des néphrites observées à Dantzig ; dans d'autres régions, cette action semble s'exercer d'une façon plus exceptionnelle. Elle paraît d'une façon générale beaucoup plus puissante dans l'impaludisme des contrées tempérées et surtout humides et froides (Schleswig-Holstein), que dans l'impaludisme des contrées tropicales.

Le mode d'action de l'impaludisme sur le rein s'explique facilement. Dans les accidents aigus, chaque poussée fébrile détermine un surcroît de travail et une congestion du filtre rénal. L'albumine est fréquente après las accès d'une certaine intensité. Elle devient la règle chez les paludéens d'ancienne date après des accès même peu intenses, mais portant sur un rein fatigué déjà. C'est en pareil cas aussi et plus spécialement dans certaines régions, à Madagascar par exemple, que s'observe l'hémoglobinurie paroxystique. Outre les pigments solubles du sang l'urine est chargée de pigments biliaires. Cette forme est souvent suivie de néphrite. Souvent aussi au cours de la crise éclate sous l'influence de l'obstruction des canalicules urinifères des accidents brusques d'urémie.

Digitized by Google

Les épithéliums sont alors infiltrés par des granulations pigmentaires et sidérosques. Cette surcharge ferrugineuse du rein par le pigment sanguin détruit s'observe également dans la cachexie chronique. Toutes les cellules ainsi infiltrées de fer noircissent par le sulfhydrate d'ammoniaque. Il y a là une action mécanique et sclérogène des plus importantes. L'action des hématozoaires de Laveran et de leurs toxines joue certainement aussi un grand rôle dans la production de ces lésions rénales.

Au point de vue anatomique et clinique, en dehors de la forme aiguë d'obstruction rénale dans la fièvre bilieuse hémoglobinurique, on doit, avec Kelsch et Kiener, distinguer deux formes principales. La première est un processus inflammatoire diffus aboutissant à la sclérose progressive du parenchyme. Cette inflammation diffuse peut même prendre une marche aiguë. Cette marche aiguë appartient plutôt aux premières atteintes d'un poison palustre intense. La marche chronique avec induration et atrophie partielle de la glande appartient plutôt aux formes prolongées et tenaces de l'impaludisme. Dans le deuxième cas, la sclérose est moins diffuse : elle prend une configuration annulaire liée à la tuméfaction nodulaire de certaines portions de la glande. La lésion, au lieu d'être diffuse, peut aussi se localiser dans des territoires glandulaires multiples et indépendants. La marche des lésions peut encore être soit aiguë soit chronique. Mais, même dans la forme aiguë, l'évolution clinique reste un peu plus lente que dans la néphrite diffuse.

Cliniquement, les néphrites palustres offrent quelques particularités. La forme aiguë, outre les accidents ordinaires d'anasarque et d'urémie, se distingue souvent par la précocité des troubles cardiaques, par celle de la rétinite brightique. Les poussées d'hématurie, d'hémoglobinurie, d'ictère sont fréquentes. La mort peut survenir, outre les complications d'anasarque et d'urémie, par des poussées gangréneuses. La forme chronique peut être extrêmement insidieuse. Parfois ce n'est qu'après plusieurs poussées d'anasarque qu'apparaît l'albuminurie.

Le traitement spécifique de l'impaludisme n'a malheureusement pas d'influence sur les lésions rénales constituées. Le changement de milieu est le seul moyen efficace lorsqu'on peut l'employer dès le début. Cependant M. de Brun (de Beyrouth) a signalé les bons effets du quinine dans l'albuminurie transitoire liée aux accès intermittents. — A. F. Plicque.

---

**Nerfs sécréteurs des larmes.** — On sait que le nerf lacrymal s'anastomose avec le pathétique et avec le filet lacrymal du rameau orbitaire du maxillaire supérieur. La première anastomose n'est qu'apparente : il s'agit de fibres d'emprunt qui, parties de la branche ophtalmique de Willis, viennent se réunir au lacrymal après s'être accolées au pathétique. Quant au filet lacrymal du maxillaire supérieur, il est considéré comme le véritable nerf sécréteur, et son origine au niveau du maxillaire supérieur serait également apparente. D'après Jendrassik, et certains faits cliniques de Goldzieher confirmés en partie par les recherches du Dr Campos (Th. Paris, 1897), les fibres d'origine de ce filet lacrymal naîtraient du nerf facial au niveau du ganglion géniculé ; de là, elles suivraient le grand nerf pétreux superficiel pour se jeter dans le ganglion sphéno palatin avec le nerf vidien. Elles traverseraient ensuite le nerf maxillaire supérieur, suivraient son rameau orbitaire et aboutiraient au nerf lacrymal par le filet lacrymal de ce rameau orbitaire. D'après le Dr Campos, le nerf lacrymal contient des fibres sécrétoires très nombreuses, indépendantes du nerf facial ; l'expérimentation montre que le rameau orbitaire contient également des fibres sécrétoires qui proviendraient, d'après les observations cliniques, du facial. L'excitation du bout supérieur du grand sympathique, sa section sur l'homme ne produisent aucune sécrétion des larmes. Dans la paralysie faciale complète, intéressant le grand nerf pétreux superficiel (paralysie de la luette et du voile du palais) on ne peut plus obtenir de larmes ni par la voie réflexe, ni par les émotions. Telles sont les conclusions de ce travail. — A. Wr.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

**La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.** — Rokitansky fut le premier qui, en 1841, ait signalé la torsion du pédicule des kystes ovariens ; depuis lors, les observations de ce genre se sont suffisamment multipliées, pour qu'on ne puisse plus compter cet accident comme une rareté, puisqu'on le rencontre dans 6 à 7 pour 100 des cas. Nous citerons principalement ceux de Kœberlé, Vercoutre, Parizot, Terrillon, de Lawson Tait, Spencer Wells, Olshausen, et ceux plus récents de M. Schwartz et du professeur Le Dentu.

Il ne semble pas que la nature de la tumeur ait sur la torsion du pédicule une influence quelconque, puisqu'on a rencontré cet accident avec des tumeurs de tout volume, uniloculaires ou non, lisses ou irrégulières, ovariennes, para-ovariennes ou dermoïdes Pour Lawson-Tait, l'agent de torsion serait surtout le rectum, dans ses mouvements alternatifs de distension ou de relâchement. Il est certain d'autre part, que l'apparition de tumeurs de voisinage (fibromes, kystes, utérus en gestation) pourra amener la rotation du kyste ovarien et donner lieu à l'accident, lequel peut également se produire — ainsi que le fait a été noté — après l'accouchement, au moment de la délivrance, alors que la tumeur kystique est décomprimée et se mobilise. De plus, il est prouvé que la ponction — d'ordinaire si inoffensive — du kyste de l'ovaire peut être la cause déterminante de la torsion du pédicule. Aussi insiste-t-on avec juste raison sur la nécessité d'un repos absolu après la ponction, et d'une compression ouatée assez serrée de l'abdomen. Enfin, signalons un mécanisme de torsion mis en lumière par Vercoutre : la torsion

Digitized by Google

peut se produire dans des kystes multiloculaires, par suite d'une inégalité d'accroissement des différentes loges, inégalité qui tend, ainsi qu'on le comprend, à déplacer le centre de gravité. Nous n'insistons pas sur des causes adjuvantes de la torsion : la longueur du pédicule, la présence d'ascite, l'absence d'adhérences.

La torsion du pédicule peut être *brusque* ou *lente ;* cette division, déjà ancienne, peut être conservée aux doubles points de vue anatomo-pathologique et clinique. Brusque, elle donne lieu à un arrêt subit de la circulation dans les parois kystiques ; d'où anémie, tendance au sphacèle ; si le sphacèle se continue, les parois se rompent et le liquide inondant la cavité péritonéale, une péritonite à terminaison presque toujours fatale, en est la conséquence. Heureusement, les choses ne se passent pas toujours ainsi ; il existe des cas — très rares — où la torsion se produisit sans que ni malade, ni médecin s'en fussent doutés.

Lorsque la torsion est brusque, la malade ressent subitement une douleur violente, atroce parfois, localisée dans le bas-ventre, puis s'irradiant dans la région des reins et vers les cuisses du même côté que la tumeur. Le ventre se ballonne, se météorise, puis apparaissent tous les signes d'une péritonite : vomissements, facies grippé, pouls petit, sueur froide, température normale. Ces cas de torsion brusque du pédicule sont parfois suivis immédiatement de terminaison fatale. Mais très souvent aussi, les phénomènes s'amendent et le moment est propice à une intervention, qui seule, mettra à l'abri d'une mort soudaine due à la gangrène de la tumeur, à la rupture intrapéritonéale du kyste, à une hémorrhagie plus ou moins abondante.

La torsion lente du pédicule se manifeste par des signes auxquels on n'attribue généralement peu d'importance, jusqu'au jour où la scène s'éclaire. Ce ne sont d'abord que des douleurs vagues, sourdes, une sensation de pesanteur, qui font bientôt place à des symptômes nettement localisés, et d'une acuité progressive. Le ventre se ballonne, le kyste devient plus dur, plus volumineux, moins mobile. Seuls les symptômes généraux de la péritonite manquent. C'est dans ces cas de torsion lente du pédicule qu'on a signalé l'occlusion intestinale.

On comprend combien peut être difficile le diagnostic de torsion d'un pédicule ovarien, lorsqu'un chirurgien voit une malade pour la première fois. Un examen consciencieux différenciera l'*hématocèle*, l'*occlusion intestinale*, l'*appendicite*, trois affections dont le début est brusque, dramatique, mais dont les signes — au toucher vaginal, dans un cas, intestinaux, dans les deux autres — sont suffisamment caractéristiques. Lorsque le kyste est avéré, connu depuis longtemps, on ne peut guère songer, en présence d'un appareil symptomatique aussi subit et aussi intense, qu'à la torsion du pédicule et l'intervention chirurgicale — l'ovariotomie — s'impose sans retard. — L. Floersheim.

## OTOLOGIE

**Les troubles de l'audition dans les tumeurs intracrâniennes.** — Quoique ces troubles soient d'une grande fréquence, leur étude a été bien négligée jusqu'à présent. On ne trouve, sur ce sujet, que des observations éparses, la plupart d'origine allemande. M. Collet les a réunies et en a fait un des plus intéressants chapitres de son livre sur « les troubles auditifs dans les maladies nerveuses ».

On comprend que l'audition sera altérée chaque fois qu'il y aura une lésion du nerf auditif ou de ses prolongements encéphaliques, qu'il s'agisse d'une destruction ou d'une simple compression. Et cette surdité pourra être utilisée pour le diagnostic du siège de la tumeur, puisque le trajet des fibres auditives est connu, au moins dans ses points les plus importants.

En suivant ces fibres à partir de l'oreille, on trouve d'abord les tumeurs du *nerf auditif* qui sont rares et agissent surtout par compression. — Puis les tumeurs du *bulbe* et de la *protubérance*, ou les troubles auditifs s'observent dans un quart des cas environ et alors la surdité existe généralement du côté de la lésion pour les tumeurs du bulbe et du côté opposé pour les tumeurs de la protubérance ; ce qui s'explique très bien, puisque l'entrecroisement des fibres auditives se fait à la partie inférieure de la protubérance. — Un peu plus haut, les *tubercules quadrijumeaux postérieurs* constituent une étape importante des voies acoustiques, aussi toutes les lésions de l'un de ces tubercules s'accompagnent elles d'une diminution de l'audition dans l'oreille opposée. — En sortant des tubercules quadrijumeaux, le faisceau auditif pénètre dans le cerveau et gagne enfin la *première circonvolution temporale* dont les lésions de toutes sortes peuvent être cause de surdité dans l'oreille du côté opposé.

Les tumeurs du *cervelet* s'accompagnent de troubles de l'audition dans plus du tiers des cas ; il s'agit alors, le plus souvent, de compression du nerf auditif entre le bulbe et le conduit auditif interne, car le cervelet ne reçoit pas de fibres auditives. Toutes les fibres qui lui viennent du nerf auditif appartiennent exclusivement à la fonction de l'équilibre et ont leur origine dans les canaux semi-circulaires.

Si les tumeurs intracrâniennes ne pouvaient agir que directement sur le faisceau auditif, on aurait ainsi un élément important de diagnostic de localisation, mais dans nombre de cas, elles agissent d'une façon indirecte et à distance. Quelquefois c'est une compression veineuse qui amène des troubles circulatoires de l'oreille ; ou une lésion de ses centres trophiques qui provoque le développement de lésions diverses ; ou encore une paralysie des muscles intrinsèques de l'oreille. Mais le plus souvent, l'action à distance se produit sur le nerf auditif ou sur l'oreille interne par le fait de l'hypertension intracrânienne. Ce phénomène est particulièrement intéressant, car nous voyons déjà l'hypertension intracrânienne

Digitized by Google

cause de la plupart des symptômes diffus des tumeurs cérébrales et particulièrement des douleurs de tête, de la somnolence et sans doute aussi des modifications de la papille optique.

Dans quelques cas, la transmission de pression paraît se faire à la périlymphe par l'intermédiaire de l'aqueduc du limaçon. Dans d'autres, il se produirait, d'après Gradenigo, au point où le nerf auditif pénètre dans le rocher un œdème analogue à celui que présente le nerf optique dans la papille étranglée; et de même que la papille étranglée est le plus souvent reconnaissable à l'ophtalmoscope avant d'amener une diminution de la vision, on pourrait reconnaître par l'exploration électrique le début de cette lésion avant que l'audition fut diminuée. En effet, c'est dans ces conditions qu'on observe à son plus haut degré l'hyperexcitabilité du nerf accoustique au courant galvanique.

Dans le cas de tumeur intracrânienne, l'examen de l'oreille peut donc donner comme celui de l'œil des renseignements sur l'existence d'une tumeur et quelquefois sur son siège sans que, toutefois, ces renseignements soient aussi fréquents et aussi précis que ceux qui sont donnés par l'examen de l'œil — A. Druault.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 23 novembre 1897*

**La recherche des projectiles intra-crâniens.** — M. Marey présente les résultats obtenus à l'aide de l'appareil de MM. Remy et Contremoulin. De nombreuses recherches faites sur le cadavre ont été positives. Deux extractions ont été tentées sur le vivant et ont été pleinement couronnées de succès.

M. Le Dentu. Je disais, il y a quelques années, que la recherche des projectiles intra-crâniens constituait une pratique dangereuse. Les données physiologiques, la connaissance des localisations cérébrales sont, en effet, insuffisantes. Ainsi un malade atteint d'un projectile à la tête présente des troubles tels qu'on ne peut hésiter un seul instant à localiser les désordres dans les centres moteurs. On dirige les recherches sur ce point, on ne trouve rien. Ceci s'explique par ce fait qu'il existe souvent des lésions à distance qui n'impliquent pas forcément la présence de la balle au point où se manifestent les troubles. MM. Delbet et Dagron ont, du reste, montré que souvent les projectiles décrivent, dans la substance cérébrale, des trajectoires variées, dues à des ricochets qu'il est impossible de prévoir.

Il ne faut pas plus attendre de l'exploration faite par le trajet des projectiles. Le cathéter, quelle que soit sa consistance, détermine des fausses routes avec une telle facilité qu'il est impossible de tirer profit de son emploi. Mais, actuellement, grâce à l'appareil de MM. Remy et Contremoulin, la recherche des projectiles devient précise et sûre. Aussi, doit-on complètement modifier les indications opératoires dans le cas de projectiles intra-crâniens.

Il y a quelques semaines, un malade entre dans mon service, porteur d'une balle dans la tête. Son état général peu grave n'oblige à aucune intervention sérieuse; on fait un simple nettoyage de l'orifice d'entrée qui se ferme rapidement. Il n'existe aucun trouble. Mais, songeant que souvent une méningo-encéphalite à marche foudroyante se développe chez un malade en apparence guéri, on détermine le siège exact de la balle à l'aide de l'appareil de MM. Remy et Contremoulin. On apprend, de la sorte, qu'elle siège à 28 mm. au-dessous d'un point correspondant à peu près au milieu du front. On opère et on tombe directement sur le projectile qui est extrait avec la plus grande facilité.

La recherche des projectiles intra-crâniens qui était, il y a peu de temps, impossible ou à peu près, devient donc absolument autorisée. Mais ce n'est point encore maintenant que l'on peut poser des règles générales devant servir de base à l'indication, on a la contre-indication de cette recherche.

**La pleurésie séro-fibrineuse et sa pathogénie.** — M. Landouzy. A propos de la communication de M. Le Damany, M. Landouzy réclame la priorité dans cette question de pathogénie. Depuis longtemps, il professe que la pleurésie séro-fibrineuse est toujours tuberculeuse, qu'il la considère comme « fonction de tuberculose » comme la forme la plus typique de la tuberculose.

**La gastro-entérectomie.** — M. Tuffier communique sa statistique. Il a pratiqué 22 fois cette opération pour cancer ou pour sténose pylorique. Il emploie surtout la voie postérieure transverso-colique. Cette intervention est surtout indiquée pour les sténoses pyloriques. Les dilatations gastriques sans-sténose en bénéficient peu. — M. M.

M. Laborde lit son rapport sur le prix Bourceret.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 19 novembre*

**Quelques causes d'erreur de l'épreuve de la glycosurie alimentaire.** — MM. Achard et Castaigne. L'épreuve de la glycosurie alimentaire, dont la base physiologique est bien établie, donne pourtant en pratique des résultats incertains. C'est que la physiologie, pour estimer le sucre que le foie est capable de retenir, quantité qui indique la valeur fonctionnelle de cet organe, compare le sucre qui pénètre dans le foie à celui qui en sort. Mais le clinicien compare deux termes tout autres : 1° Le sucre ingéré et non le sucre absorbé; 2° le sucre qui sort du rein, et non celui qui sort du foie. On conçoit donc que trois facteurs puissent intervenir pour fausser les résultats de l'épreuve. Ce sont : 1° Un vice d'absorption de la muqueuse digestive; 2° un état spécial des tissus qui les rend capables de détruire une quantité plus ou moins

Digitized by Google

grande de sucre ; 3° une perméabilité rénale défectueuse.

Il est possible de mesurer cliniquement la perméabilité rénale, à l'aide de l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène, d'après le temps au bout duquel se fait le passage de la matière colorante dans l'urine. On peut d'une manière analogue estimer l'état de l'absorption en faisant ingérer le bleu de méthylène à la même dose de 0 gr. 05 et voir si cette substance apparaît dans l'urine dans le délai normal d'une heure.

Quant au pouvoir de fixation et d'utilisation du sucre que possèdent les tissus on ne peut l'évaluer cliniquement.

**Corps étranger dans l'œsophage.** — M. Variot, rapporte l'observation d'un enfant de 10 mois qui avala une petite plaque de zinc de 2 centimètres suivant son grand diamètre, à angles mousses et recourbés et conserva ce corps étranger enclavé dans l'œsophage pendant un an, sans éprouver de troubles notables de la déglutition. Toutefois l'enfant ne pouvait avaler que du lait à l'exception de toute autre substance, même demi liquide. Parfois la respiration était un peu bruyante, mais jamais il n'y eut d'accès de suffocation. Au bout d'un an, la plaquette fut rendue au milieu d'une quinte de toux. A un âge aussi peu avancé, lorsque les corps étrangers de l'œsophage ne déterminent aucun trouble, le diagnostic n'est guère possible que par la radiographie.

**Constatation du microbe du rhumatisme à l'autopsie d'un sujet mort de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endo-péricardite et de chorée.** — MM. Triboulet, Coyon et Zadoc ont recueilli dans le service de M. Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec chorée. A l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

L'autopsie a eu lieu environ 36 à 40 heures après la mort. Les ensemencements ont été faits sur bouillon et sur lait stérilisé et les cultures ont été, les unes aérobies, les autres anaérobies. On s'est servi pour les ensemencements de liquide pleural, de sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure d'un fragment de valvule mitrale et d'un segment de miselle lombaire. Les auteurs ont obtenu le résultats suivants : *a* le liquide pleural n'a fourni aucune culture appréciable ; *b* le liquide péricardique fourni en culture anaérobie des colonies assez nombreuses de staphylocoques ; *c* le sang de la veine cave, le fragment de valvule et le segment de miselle ont seuls donnés, en culture anaérobie, sur lait stérilisé, des cultures du bacille trouvé cinq fois par Thiroloix dans le sang de rhumatisants vivants.

Cette observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, d'un rhumatisme et d'une *chorée*. De semblables constatations, si elles se reproduisent et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ* dans les centres nerveux du microbe signalé, fixeront enfin cette question, encore douteuse pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 24 novembre 1897*

La séance est levée en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. le prof. Tarnier, ancien président de la Société.

## CONGRÈS DE CHIRURGIE

(11e session tenue a paris du 18 au 23 octobre 1897)

*Traitement des fractures de jambe.* — M. Desprez (Saint-Quentin). Les bandes perfectionnées de gutta-perca, doublées d'une bonne couche d'ouate au moment de leur application méthodique et très soignée dans les fractures de la jambe assurent l'immobilité des fragments, atténuent la douleur ; préservent les blessés des ennuis et des inconvénients graves de l'immobilité et permettent de les transporter au loin.

M. Buscarlet insiste sur le *massage* immédiat dans le *traitement des fractures*.

M. J. Reboul (de Nîmes) cite un cas de *section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil* Excision des deux extrémités du nerf sciatique poplité interne sectionné ; suture du bout inférieur du nerf sciatique poplité interne dans une incision faite au sciatique poplité externe. Traitement électrique, massage, hydrothérapie. Trois mois après, ce jeune homme avait complètement repris l'usage de son membre.

M. Le Dentu a pratiqué la désarticulation de l'épaule *dans un cas de tumeur de l'humérus*, chez un homme de 35 ans. La tumeur était limitée par une coque fusiforme occupant à peu près le milieu de l'humérus. L'amputation date de six mois. Jusqu'ici il ne paraît y avoir aucune trace de récidive Il ne s'agissait pas d'un chondrome ni d'un sarcome ostéoïde, mais bien d'un chondromyxosarcome.

M. Vaslin (Angers) a observé deux cas d'*ostéosarcome du membre inférieur* gauche, développés l'un à l'extrémité inférieure du fémur, l'autre à l'extrémité supérieure du tibia. Ils furent traités, le premier par l'amputation de cuisse au-dessous du trochanter, l'autre par l'extirpation, le sujet refusant absolument l'amputation de cuisse au-dessus du genou. Dans le premier cas guérison rapide sans récidive. Dans le second récidive quelques mois après l'exérèse et mort. Ce qui prouve qu'une diaphyse atteinte d'ostéosarcome doit être enlevée dans la plus grande partie de sa longueur.

M. Ed. Lebrun (Namur) traite la *maladie de Little* par la section de rétractions tendineuses.

M. Chipault rapporte *15 cas de mal perforant traités par l'élongation des nerfs plantaires.*

M. Demons cite un *procédé d'arthrotomie pour la cure des luxations de l'épaule.*

M. Piéchaud (de Bordeaux) cite 4 cas heureusement traités par lui, d'*anastomose tendineuse dans les déviations du pied consécutives à la paralysie infantile.*

Dans les déviations rachitiques des membres inférieurs chez l'enfant, M. Albertin (de Lyon) a recours — et sa statistique

Digitized by Google

porte sur 300 cas — à l'*ostéoclasie et à l'ostéotomie combinées*.

*De l'hystérectomie abdominale totale et partielle.* — M. Terrier (de Paris) rapporte une série de 19 hystérectomies abdominales totales, dont 14 pour fibromes, avec 3 morts, dont une par pneumonie, au 5e jour; une par hémorrhagie, au 3e jour, la ligature d'une des artères utérines ayant lâché; enfin une par septicémie, dans un cas de fibrome sphacélé. Sa *technique* est la suivante:

Il attire la tumeur en haut à l'aide du tire-bouchon de Delagénière, et taille un lambeau péritonéal antérieur; il trouve les artères utérines à 1 centimètre environ des parties latérales du col, les lie et après avoir placé deux pinces provisoires, il pratique la section supra-vaginale du col. Il taille ensuite un coin dans la cavité de ce col, qu'il cautérise de suite, pour fermer complètement sans drainage. Sur le premier surjet placé sur le moignon. il rabat le lambeau péritonéal antérieur, qu'il suture en arrière au péritoine, au-dessus du cul-de-sac recto-utérin. Il place aussi des fils sur les ligaments ronds, et, dans ses sutures des ligaments larges, il enfonce ses quatre pédicules, de sorte que le fond de la cavité abdominale est recouvert par une surface péritonéale ininterrompue.

Pour M. Péan c'est la voie abdominale qui permet le mieux de préciser le siège et les rapports des grosses tumeurs de l'utérus et de ses annexes; la voie vaginale doit être réservée aux tumeurs multiples, peu volumineuses, surtout celles de la partie inférieure de l'utérus, des ligaments larges, du bassin, et qui ont suppuré; la voie vagino-abdominale est préférable pour les tumeurs de moyen volume et s'impose lorsque, au cours d'une opération vaginale, le chirurgien reconnaît que le néoplasme est trop haut, trop volumineux, trop largement implanté pour qu'il soit possible de l'abaisser et de l'enlever aisément; en pareil cas, il doit suspendre la manœuvre commencée par le vagin et la terminer par l'hypogastre.

M. Tournay (de Bruxelles) exécute l'hystérectomie abdominale à l'aide d'un procédé mixte, dans lequel il combine l'emploi des ligatures à celui des pinces.

M. Le Bec rend compte de son procédé à deux ligatures seulement sur les utérines.

M. Jonnesco cite sa statistique; il a presque exclusivement recours à l'hystérectomie abdominale totale, dont il cite son procédé.

M. Doyen estime que toute tumeur extirpable par le vagin doit être attaquée par cette voie, et que la laparotomie n'est indiquée que lorsqu'elle est évidemment moins grave que l'hystérectomie vaginale. Quant au procédé américain, il le regarde comme une modification de sa première méthode.

D'après M. Montprofit (d'Angers) l'hystérectomie abdominale totale est devenue le traitement de choix dans les cas de tumeurs volumineuses Mais il fit l'emploi, en outre, pour les fibromes de moyen et de petit volume.

M. Bouilly proteste contre cette opinion. La voie vaginale reste la voie de choix pour les fibromes petits et moyens et même pour un certain nombre de gros fibromes, ce que n'admet pas M. Hartmann.

M. Pantaloni (de Marseille) a pratiqué 32 fois l'hystérectomie abdominale totale avec un seul insuccès. Pour les gros fibromes, le procédé de M. Péan est excellent; mais, d'une façon générale, on doit dire qu'il n'y a pas de méthode de choix, attendu que, suivant les cas, les diverses méthodes sont combinées.

L. Flœrsheim.

## M. LE PROFESSEUR TARNIER

M. Tarnier, chirurgien des hôpitaux, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Paris, membre et ancien président de l'Académie de Médecine, vient de succomber, le 23 novembre, après une courte maladie, à l'âge de 69 ans.

C'est là une perte cruelle, une irréparable perte pour la science, pour le corps médical tout entier, pour l'humanité, pour la France! Et tous ceux qui, comme nous, l'ont connu, profondément vénéré et aimé, éprouveront l'émotion qui étreint notre cœur en traçant ces lignes.

Le jugement de ses contemporains devançant celui de la postérité qui l'élevera au rang d'un des plus grands, du plus grand accoucheur du siècle, a déjà dit et proclamé que M. Tarnier a eu la gloire de faire de la fièvre puerpérale une maladie historique; et, au-dessus des inutiles conquérants, inféconds destructeurs de vies humaines, planera la grande et belle image de Celui qui a sauvé de la mort tant d'enfants et tant de femmes! Après Pasteur qui a largement ouvert le sillon, les noms de Tarnier et de Lister qui l'ont fécondé, mériteront de figurer parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Notre vénéré et regretté maître qui, depuis tant d'années, depuis 1872, m'honorait d'une précieuse et affectueuse estime, qui avait acquis au foyer familial — comme je le rappelais cette année même dans une circonstance inoubliable — une si reconnaissante et respectueuse amitié, représentait dans ce qu'il a de plus pur, dans ce qu'il a de plus sacré, l'honneur médical, l'honneur, cette sainte « poésie du devoir »! Et ce devoir, il a voulu l'accomplir jusqu'à la fin de sa vie, jusqu'à son dernier souffle... Il n'y a pas quinze jours, alors que l'altération de ses traits, triste présage d'une mort prochaine, frappait douloureusement tous ceux qui l'approchaient, il continuait avec un courage silencieux son service d'hôpital et ses fonctions de professeur. Bon, essentiellement bon, affable, dévoué, modeste, comme il convient à une âme haute et généreuse, il a laissé partout la trace ineffaçable de ses bienfaits; et ses malades, ses disciples, ses collègues, ses parents, et la famille de ses amis, tous ceux qui l'ont connu, aimé et vénéré, conserveront précieusement dans le cœur la mémoire impérissable de Celui qui fut à la fois un grand homme et un homme de bien.

La médecine de notre pays a perdu l'un de ses plus dignes, de ses plus glorieux représentants; la Science française est en deuil! — Henri Huchard.

Digitized by Google

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité du paludisme**, par A. Laveran, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, etc. (1 vol. grand in-8° de 492 pages. Paris, 1898, Masson, éditeur.)

Notre éminent collaborateur, M. A. Laveran vient de publier sur cette question, un nouveau livre d'une importance très grande, parce qu'il expose non seulement toutes les acquisitions de la science sur ce sujet, mais aussi les résultats de la longue expérience de l'auteur qui a découvert l'hématozoaire du paludisme. Sans doute, il a déjà publié en 1884 et en 1891 deux livres importants sur ce sujet; mais celui que nous présentons aux lecteurs est un livre *nouveau*, et non pas une simple édition des ouvrages précédents.

Les quatre premiers chapitres sont consacrés à l'étiologie (répartition de l'endémie palustre à la surface du globe, conditions météoriques et telluriques capables de favoriser son développement ou d'y mettre obstacle, modes d'infection, causes prédisposantes individuelles). Les trois chapitres suivants étudient toutes les formes cliniques avec les complications. Le chapitre VIII est consacré à l'étude des lésions anatomiques et à la pathogénie des manifestattons cliniques. Les trois autres chapitres, aussi documentés que les précédents, exposent le diagnostic, le pronostic, le traitement et la prophylaxie. Enfin, dans le chapitre XII, l'auteur passe en revue les maladies produites chez l'homme ou chez les animaux par des parasites voisins de ceux du paludisme. Les 27 figures dans le texte et une planche coloriée sont d'un grand secours pour le lecteur.

Notre journal a déjà publié plusieurs extraits de ce livre, et les praticiens ont pu voir par là quelle importance il a pour eux. Pour notre part, nous l'avons lu avec le plus vif intérêt, comme avec le plus réel plaisir; car, il est de ceux qui font le plus grand honneur à la science française — H. H.

---

**Maladies de l'estomac**, par Hayem, professeur de clinique médicale à la Faculté, et G. Lion, médecin des hôpitaux. (J.-B. Baillière, éditeurs.)

Nous avons déjà analysé le tome IV du « Traité de médecine » qui contient l'histoire clinique des maladies de l'estomac par Hayem et Lion, en 335 pages; et quoique les chapitres consacrés à l'étude de ces maladies ne soient pas séparés de ce volume, nous croyons utile d'y revenir encore, en raison de leur importance et de leur grande utilité pour tous les praticiens. Il ne s'agit pas ici d'une compilation, mais d'une œuvre absolument personnelle, fruit de longues et patientes études sur la matière. M. Hayem ne comprend pas le traitement des maladies de l'estomac comme tout le monde, il insiste plus particulièrement sur le régime alimentaire et sur l'hygiène thérapeutique qui ont une importance capitale dans le traitement des affections de l'estomac, et on lui doit, entre autres choses, la révélation du grand nombre des « gastropathies médicamenteuses. » C'est là un travail digne de ses aînés, et surtout des recherches de Hayem sur *le sang*, qui constituent (je tiens à le dire pour nos compatriotes qui l'auraient déjà oublié), un monument impérissable de la science française. Il a été secondé dans cette œuvre nouvelle et magistrale des *maladies de l'estomac*, fidèle exposé de ses doctrines, par notre jeune et savant collaborateur, le Dr G. Lion, aujourd'hui médecin des hôpitaux, que d'autres et légitimes succès attendent encore.

Cette fin d'année est bonne pour la science française; et l'ouvrage de Laveran sur le *paludisme*, avec celui de Hayem et Lion sur les *maladies de l'estomac*, s'ils honorent grandement les auteurs, jettent sur notre science un nouvel et grand éclat. — H. H.

---

**Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie**, par A. Manquat, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce, etc. (tome II de 980 pages, 3e édition. J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1898.)

Nous avons analysé cette année même le tome I de cet excellent ouvrage dont la 3e édition atteste une fois de plus la grande valeur et la faveur justifiée que le public médical lui a depuis longtemps accordée. Ce second volume étudie : les modificateurs des appareils cardio-vasculaire, respiratoire, nerveux cutané, génito-urinaire. Les mêmes qualités le recommandent à l'attention des médecins : précision dans les moindres détails étude consciencieuse des propriétés physiologiques et thérapeutiques des médicaments, indications du dosage de ceux-ci avec leurs applications aux divers états morbides. En un mot, ce traité élémentaire de thérapeutique et de matière médicale, mis au courant des plus récentes acquisitions de la science, peut être très utile aux praticiens. — H. H.

---

**Le torticolis et son traitement**, par le Dr F. Redard, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef du dispensaire Furtado-Heine; 1 volume in-8° avec 65 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. (Georges Carré et C. Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.)

Dans ce volume, le Dr Redard étudie le torticolis *médical et chirurgical*. Décrivant toutes les variétés de torticolis, il insiste surtout sur les formes les plus intéressantes et les plus fréquentes, les torticolis musculaire et articulaire, en s'appuyant sur les travaux anciens et modernes et aussi sur ses recherches personnelles.

L'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement font l'objet des différents chapitres de cet intéressant volume. Enfin, dans un dernier chapitre, et non le moins attrayant, l'auteur indique en détail les résultats qu'il a obtenus par la méthode de traitement chirurgical du torticolis, qu'il recommande. Un grand nombre de figures inédites, empruntées à la collection photographique du dispensaire Furtado-Heine, illustrent cet ouvrage, qui sera certainement lu avec le plus vif intérêt par les chirurgiens aussi bien que par les médecins.

---

Un de nos plus estimés confrères de la province, M. le Dr Pujade (d'Amélie-les-Bains), vient d'être cruellement éprouvé par la mort accidentelle de son fils, âgé de 15 ans, survenue pendant des exercices d'escrime.

Nous adressons à toute cette famille éplorée et malheureuse l'hommage ému de notre bien vive et douloureuse sympathie. — H. H.

---

**Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0,60 centimes en timbres-poste.**

---

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hôtel-Dieu.* — M. le Prof. Duplay.

**Traitement chirurgical du testicule tuberculeux (1).**

Il y a deux semaines environ, j'ai eu l'occasion de vous parler de la tuberculose du testicule, au point de vue du diagnostic et du pronostic de cette affection. Comme le malade qui me servait de type ne se prêtait à aucune intervention chirurgicale, j'avais à peine effleuré la question du traitement. Pour répondre au désir exprimé par plusieurs d'entre vous, je me propose de consacrer cette leçon à l'étude du traitement que je conseille d'appliquer contre la tuberculose du testicule.

Je ne fais que mentionner le traitement général, qui, comme pour toutes les tuberculoses locales a une grande importance, mais que j'ai déjà exposé plusieurs fois dans mon enseignement clinique.

J'arrive donc au traitement chirurgical, que je vous exposerai aussi complètement et aussi brièvement que possible.

Pendant fort longtemps, et avant l'avènement de l'antisepsie, ce traitement est resté tout à fait insignifiant et était surtout subordonné à l'état des lésions locales. Aucune doctrine scientifique sérieuse ne servait de base à l'intervention Certaines coutumes, pour ainsi dire traditionnelles, fixaient seules la conduite à tenir. C'est ainsi qu'il était convenu de ne toucher aux testicules tuberculeux qu'au moment de la suppuration. Avant la collection du pus, on s'abstenait de toute intervention; c'était l'expectation pure et simple. A la période de ramollissement et de suppuration des foyers tuberculeux, on procédait à l'ouverture des collections purulentes, soit avec le bistouri, soit — pour modifier les tissus malades — avec le thermocautère; à la période de fistulisation, on traitait les trajets comme se traitaient alors toutes les fistules tuberculeuses, soit par de simples cautérisations, soit par des injections irritantes modificatrices. Enfin, si les fistules persistaient pendant très longtemps, si elles étaient multiples, si le testicule avait disparu par une véritable fonte purulente, on avait recours à la castration.

Cette thérapeutique chirurgicale aussi bornée dans ses indications que dans ses procédés d'intervention, fournissait, comme bien vous pensez, des résultats plus que médiocres. En effet, on laissait les foyers tuberculeux persister indéfiniment et l'on conduisait de la sorte le malade à l'épuisement et à l'auto-infection.

A cette thérapeutique toute de temporisation, les chirurgiens ont substitué dans ces derniers temps, grâce aux connaissances nouvelles sur la nature de la tuberculose et à la sécurité que procure la méthode antiseptique, une série d'interventions opératoires dont je dois discuter la valeur. Je vous parlerai tout d'abord de la castration précoce, qui a été préconisée avec ardeur. A partir du moment où l'expérimentation sur les animaux et les recherches microbiennes eurent mis hors de doute la nature infectieuse de la tuberculose, la castration fut prônée comme seul moyen curatif, destiné à supprimer le foyer local et obtenir la guérison complète et définitive. On enleva le testicule et l'épididyme, comme on enlève une tumeur maligne. Mais, les mauvais résultats obtenus et publiés par différents auteurs ne tardèrent pas à amener une réaction contre la castration. Et, en effet, cette méthode thérapeutique est passible de nombreuses objections qu'il importe de faire ressortir, car elles constituent autant de contre-indications dans le cas où la question de la castration se pose en clinique.

Une première objection, basée sur la rareté de la localisation exclusive du tubercule sur l'épididyme et le testicule, doit être prise en grande considération. Presque toujours, en effet, il y a tuberculose concomitante des voies spermatiques et même des voies urinaires, ainsi que Guyon dans ses leçons clinique et Lancereaux dans son enseignement, l'ont bien montré. En effet, la déferentite et la péridéferentite tuberculeuses, l'uréthrite de même nature, la cystite et même l'uréthro-pyélo-néphrite bacillaires (Guyon, leçons cliniques 1891) ne sont pas rares. Mais il est surtout une localisation du tubercule, remarquable par sa constance, qui à elle seule suffirait pour contre-indiquer la castration, je veux parler de la tuberculose des vésicules séminales et de la prostate. Si on ajoute à cela la fréquence relative de l'orchi-épididymite tuberculeuse dans l'autre testicule, autrement dit la bilatéralité des lésions, on voit combien l'espoir de supprimer complètement le foyer tuberculeux a peu de chance de se réaliser. En somme, le but visé par la castration dans ce cas est plus théorique que réel. Sans compter que les résultats immédiats de l'opération sont loin d'être toujours encourageants. De nombreuses observations ont été publiées en effet, notamment par Verneuil, dans lesquelles l'opération a été suivie d'accidents graves, telles que la granulie aiguë ou la méningite tuberculeuse. La castration semble donc pouvoir donner dans certains cas un coup de fouet à la diathèse tuberculeuse.

D'autre part, comme la tuberculose du testicule évolue à l'âge de l'activité sexuelle, la castration, surtout lorsqu'elle est bi-latérale, est d'un effet moral déplorable et propre à déprimer les malades, quoiqu'il s'agisse d'un agent rendu inutile du fait de ce traitement; il est donc d'une importance capitale de laisser aux malades un simulacre de testicule ou comme on l'a dit un *testicule moral.*

Enfin, nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches de Brown-Séquard, qu'en dehors des fonctions de reproduction, les produits de sécrétion des testicules, comme ceux d'autres parenchymes glandulaires, absorbés et reversés dans le torrent circulatoire ont une action importante sur la santé générale. Cette considération vient encore s'ajou-

(1) Leçon recueillie par M. le Dr Clado.

Digitized by Google

ter aux précédentes pour prescrire la conservation de la partie du testicule, respectée par la tuberculose, et, de ce fait constitue aussi une importante contre-indication à la castration.

Pour ces diverses raisons, on a donc renoncé à la castration précoce, même à une période plus ou moins avancée de la tuberculose testiculaire, tant qu'il reste une certaine portion de tissu glandulaire sain.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que la castration doive être rayée du nombre des interventions opératoires dans le traitement de la tuberculose testiculaire ; elle conserve encore un petit nombre d'indications. C'est ainsi qu'il convient de supprimer le testicule dans la tuberculose aiguë orchi-épididymaire, envahissant la totalité de la glande en très peu de temps. L'expérience a montré, en effet, que dans ce cas tout le parenchyme glandulaire est détruit, et que les fonctions de la reproduction aussi bien que la *sécrétion interne* du testicule sont à jamais abolies.

De même dans la tuberculose suppurée chronique, avec foyers purulents multiples, fistules traversant le scrotum en tous sens, ne laissant pour ainsi dire aucune parcelle de la glande intacte, l'ablation du testicule est parfaite-justifiée.

Dans ces cas où le sacrifice du testicule est nécessaire, on a tenté de prévenir l'effet moral de la castration en usant d'un subterfuge permettant de faire croire au malade qu'il conserve encore l'organe enlevé. C'est ainsi qu'au dernier Congrès des urologistes français, on a proposé de remplacer la glande par un testicule artificiel, en celluloïd, ou bien formé avec un peloton de soie. On a rapporté des observations à cet égard qui semblent concluantes. Des malades portent depuis longtemps un testicule artificiel, sans qu'il ait provoqué aucun accident.

Je ne décrirai pas le manuel opératoire de l'ablation du testicule, mais j'insisterai sur la nécessité d'extirper le cordon, et spécialement le canal déférent, chaque fois que la tuberculose a envahi cet organe. Il faudra pratiquer l'exérèse de toute la partie malade, et, au besoin, ne pas hésiter à poursuivre la tuberculose même dans le canal inguinal. Une autre précaution à observer, est celle de la ligature isolée des vaisseaux, afin déviter toute chance d'hémorrhagie. Autrefois, avec la ligature en nœud du cordon, cet accident était encore assez fréquent. Si, pour une raison quelconque, la ligature isolée des artères n'était pas praticable, on se trouverait bien alors de lier le cordon comme on le ferait pour un pédicule ovarien.

Les autres méthodes thérapeutiques dont j'ai à vous entretenir et qui, sauf les quelques indications de la castration précédemment indiquées, doivent se substituer dans la presque totalité des cas à cette dernière, sont donc essentiellement conservatrices et ont pour objet la destruction ou l'extirpation du foyer tuberculeux tout en conservant les parties saines.

Ces méthodes conservatrices comprennent un certain nombre d'opérations que l'on peut diviser en deux catégories : 1° les unes ne s'appliquent qu'à la période de ramollissement ou de suppuration du foyer tuberculeux ; 2° les autres conviennent aussi bien à cette période qu'à celle où le tubercule est à l'état de crudité, c'est-à-dire non encore ramolli. Même dans les deux cas, le but du chirurgien, je le répète à dessein, est de détruire aussi complètement que possible le foyer tuberculeux tout en respectant les parties saines.

1° Les opérations de la première catégorie, c'est-à-dire seulement applicables aux cas où il y a ramollissement ou suppuration des tubercules, sont peu nombreuses.

*a*) *La cautérisation au fer rouge* a été préconisée par Velpeau en 1851, elle a joui à un moment donné d'une certaine vogue, et moi-même, pendant assez longtemps, je l'ai pratiquée avec succès. L'opération consiste dans l'ouverture du foyer ramolli, suivie de la cautérisation, aussi profonde que possible de ses parois. Velpeau la pratiquait avec un petit fer rougi au feu, mais on a remplacé celui-ci avec avantage par le thermocautère.

En effet, on est exposé à faire trop ou pas assez, suivant que l'action du cautère dépassant les limites du foyer détruit des tissus sains ou que n'atteignant pas la totalité du mal il laisse certaines parties déjà envahies par la tuberculose et qui deviendront le point de départ de récidives. D'ailleurs même dans les cas les plus favorables, ce traitement est long, par suite de la production de fistules qui suppurent pendant des semaines et des mois. Souvent même, ces fistules ne se ferment jamais et l'on assiste alors à une récidive. Verneuil, qui était un fervent adepte de la cautérisation et qui la pratiquait dans presque tous les cas de tuberculose du testicule, avait été frappé des accidents consécutifs dont je viens de parler; aussi ce n'était plus la cautérisation du foyer ramolli qu'il recherchait, mais la destruction complète du testicule. Il traversait l'organe de part en part, autant de fois qu'il était nécessaire pour le détruire entièrement, puis. à travers les orifices pratiqués par le thermo-cautère, il introduisait des crayons d'iodoforme. Cette manière de procéder prévenait bien tout danger de fistulation ou de récidive, mais en définitive c'était là une véritable castration par le feu. A ce titre donc l'opération de Verneuil ne rentre pas dans la catégorie des interventions économiques.

*b*) Un procédé opératoire meilleur que le précédent est le *curettage* des foyers ramollis. Au lieu de détruire le tuberculome au fer rouge, on se sert de la curette pour enlever toutes les parties ramollies y compris la membrane tuberculogène. J'ai souvent associé ce procédé à la cautérisation ignée. Cette manière de faire me paraît déjà préférable au simple curettage, mais elle est encore, jusqu'à un certain point, passible des mêmes reproches que j'adressais il y a un instant à ces cautérisations simples.

2° Les opérations applicables aux cas de tuberculome testiculaire suppuré aussi bien qu'aux cas de tubercules crus sont toutes de conception récente.

Digitized by Google

*a*) Je vous parlerai en premier lieu de l'*épididymectomie* souvent désignée sous le nom d'opération de Humbert, et qui a été aussi adoptée par Tillaux. Villeneuve, de Marseille, dans une communication au Congrès tenu dans cette ville en 1891, affirme également avoir pratiqué l'épididymectomie en 1889. Cette opération consiste, ainsi que son nom l'indique, à réséquer tout l'épididyme en conservant le testicule intact. Mais elle ne saurait convenir qu'à des cas très particuliers où le testicule est indemne. De plus, on peut lui reprocher de sacrifier systématiquement la totalité de l'épididyme, même lorsqu'il ne contient qu'un ou deux noyaux tuberculeux.

*b*) *Curettage suivi ou non de réunion.* — Nous sommes redevables de ce procédé à M. Quenu, qui en a donné une description complète dans la *Gazette médicale* (1896). Qu'il s'agisse de tubercules ramollis ou non, M. Quenu met le foyer à nu au moyen d'une incision, puis avec une curette il extirpe les foyers caséeux aussi bien que les parties indurées par l'envahissement du tubercule. La plaie ainsi nettoyée est cautérisée au chlorure de zinc; et puis, si les parties molles sont saines, on réunit par première intention, sinon on se contente d'un bourrage de la plaie à la gaze iodoformée, et l'on attend la réunion secondaire.

*c*) *Ablation du foyer tuberculeux au bistouri.* — Ce dernier procédé que je crois avoir pratiqué le premier, du moins à Paris, dès l'année 1890, alors que j'étais à la Charité, me paraît être supérieur aux diverses opérations économiques appliquées à la tuberculose testiculaire. J'ai été conduit à l'imaginer en considérant la fréquence des récidives et des guérisons incomplètes à la suite du curettage et de la cautérisation. Je l'ai appliquée d'abord aux cas de tubercules ramollis et suppurés; puis, encouragé par les bons résultats obtenus, je l'ai utilisée contre les tubercules non suppurés. Cette méthode consiste à aller chercher le foyer tuberculeux partout où il se trouve (testicule ou épididyme), et à l'énucléer dans sa totalité jusqu'au tissu sain inclusivement.

Le manuel opératoire en est fort simple. Au moyen d'une incision ayant une longueur et une direction convenables, on aborde le tuberculome et on le dissèque comme on le ferait d'une tumeur quelconque, sans se préoccuper des parties périphériques. Grâce à cette dissection, on peut isoler complètemeut et enlever le foyer tuberculeux. Si ce foyer est suppuré, on pratique l'extirpation de la poche tuberculeuse dans toute son étendue, ainsi que celle des trajets fistuleux s'il en existe. Je viens de dire qu'il ne fallait pas se préoccuper des tissus périphériques. Si donc la tuberculose siège dans l'épididyme, il ne faut pas hésiter à séparer cet organe du canal déférent; si le tubercule siège dans le testicule, on devra inciser l'albuginée et le tissu sain de la glande pour aborder le néoplasme et en pratiquer l'énucléation.

Après l'ablation des parties malades, je réunis l'albuginée avec du catgut fin, de façon à contenir ce qui reste de substance testiculaire, et par dessus je suture la peau. On conçoit qu'après cette opération, lorsque les lésions sont très étendues, le testicule n'est plus représenté que par un noyau ioduré, plus ou moins informe, mais qui suffit encore à la satisfaction morale du malade.

Les résultats fournis par mon procédé sont des plus satisfaisants. J'ai presque toujours, jusqu'à présent, obtenu des guérisons complètes, même dans des cas où la récidive s'était manifestée après une ou plusieurs interventions antérieures. Je puis, en particulier, vous citer le cas d'un de mes malades de province que j'avais opéré, il y a 7 ou 8 ans, par le curettage suivi de cautérisation et qui s'était représenté à moi l'année suivante avec une récidive. Opéré de nouveau par le procédé que je viens de vous décrire, il a définitivement guéri, et chaque année, aux vacances, j'ai l'occasion de le voir dans son pays et la satisfaction de constater qu'aucune récidive ne s'est produit depuis six ans.

Toutes ces méthodes conservatrices ne sont contre-indiquées que dans les cas de lésions tuberculeuses concomitantes graves du côté des voies séminales ou urinaires, ou encore lorsqu'il existe des lésions viscérales avancées,

Il est à remarquer que, parfois, après ces opérations sur le testicule ou l'épididyme, les lésions tuberculeuses — peu avancées — du côté de la prostate ou du côté des vésicules séminales restent stationnaires et peuvent même rétrocéder.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Du choix des sels ammoniacaux pour l'usage interne

Par M. le Dr Liégeois
*Correspondant national de l'Académie de médecine*

Tout dépend du but que l'on poursuit :

1° Les médecins qui ont utilisé l'acétate d'ammoniaque dans la rougeole, dans la scarlatine ou la variole, n'avaient visé jusqu'alors qu'à favoriser l'éruption quand elle était retardée, ou qu'à la faire reparaître quand elle avait pâli ou s'était effacée trop vite ou trop brusquement. Notre savant collègue de l'Académie de médecine, M. Vidal (d'Hyères), interpréta d'une autre façon, en 1890, l'action de ce médicament qu'il administre dans le moment le plus rapproché du début des fièvres éruptives, en particulier dans la scarlatine, même avant l'apparition de l'exanthème, à la dose d'un gramme par année d'âge, chez les enfants et chez les adultes, sans avoir cependant jamais dépassé la dose quotidienne de 35 grammes. M. Vidal estime que les heureux effets de la préparation ammoniacale tiennent à ce qu'elle abaisse rapidement la température. Cela ne concorde guère avec ce qu'avait dit Gubler, que l'acétate d'ammoniaque ne convient pas dans les pyrexies

Digitized by Google

éruptives si la fièvre est intense. La défervescence ne résulte-t-elle pas plutôt de ce que, à ces doses massives (ce sont aussi les doses massives que Cahen a préconisées dans la rougeole et la coqueluche), l'agent thérapeutique — ceci a été démontré expérimentalement avec l'ammoniaque — empêche la multiplication des microbes dans les cultures bactéridiennes, ici la multiplication dans le sang des microbes pathogènes des fièvres éruptives ? Quoi qu'il en soit, à cette action antipyrétique bienfaisante des hautes doses, l'acétate d'ammoniaque en joint, à mon avis, une autre : il appelle ou rappelle, comme on l'a dit, l'exanthème à la peau grâce à la vaso-dilatation périphérique qu'il provoque — vaso-dilatation qui, à l'instar d'une puissante dérivation, préserve les viscères et le cerveau d'accidents congestifs en attirant vers la peau plus de sang d'abord, et ensuite dans ses mailles le principe infectieux morbide cause de tout le mal. Nous proposons la formule :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide | 0 gr. 50 à 8 gr. (de 15 mois à 8 ans)<br>6 gr. à 35 gr. (de 8 à 35 ans et plus) |
| Hydrolat de cannelle | ãã 50 gr. |
| Eau chloroformée | |
| Sirop de fleurs d'oranger ou de framboise | 40 gr. |

Une cuiller à café, à dessert ou à bouche d'heure en heure.

2° Veut-on, dans la période de collapsus algide et asphyxique du choléra, provoquer la réaction, c'est-à-dire réveiller les forces brisées de l'organisme, soutenir l'action du cœur, redonner de l'ampleur au pouls, stimuler l'hématose, ramener dans la peau refroidie une circulation plus active et la chaleur qui s'en est retirée ? c'est encore à l'acétate d'ammoniaque qu'il faut s'adresser, même quand on a pu pratiquer des injections d'éther ou de caféine :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide | 8 à 10 gr. |
| Laudanum de Rousseau | XX gouttes. |
| Liqueur de Hoffmann | 10 gr. |
| Rhum | 40 — |
| Hydrolat de mélisse | 60 — |
| Sirop de cannelle | 30 — |

Une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure.

Les effets stimulants de cette potion se manifestent avec une extrême rapidité, ce qui est déjà un avantage ; ils durent peu de temps après la dernière dose, ce qui en est un autre, puisqu'il est ainsi loisible au praticien de ne pas aller sensiblement au delà de l'effet réactionnel qu'il poursuit.

Dans la période algide de l'empoisonnement par les champignons, nous avons adopté la formule :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide | 8 à 10 gr. |
| Teinture alcoolique de belladone | XXX gouttes. |
| Liqueur de Hoffmann | 10 gr. |
| Eau chloroformée | ãã 50 — |
| Hydrolat de mélisse | |
| Sirop de cannelle | 30 — |

Une cuiller à bouche de demi-heure en demi-heure.

3° Dans les formes nerveuses ataxiques des pyrexies infectieuses, qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives avec ou sans rétrocession d'exanthème, voire même de la pneumonie, nous ne possédons rien de mieux, pour calmer l'éréthisme cérébro-spinal engendré par les bacilles et leurs toxines, que les demi-bains d'eau à 30° c., deux ou trois fois répétés dans la journée à intervalles de six à huit heures, suivis d'une affusion froide sur la tête et d'une friction. L'exanthème de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, se montre ou reparaît après le bain, et la fièvre éruptive reprend son cours régulier. Malheureusement, si simple soit-il, ce procédé est la plupart du temps impraticable dans la clientèle rurale : l'acétate, le carbonate officinal ou sesquicarbonate dont on a voulu faire un spécifique de la scarlatine maligne, et mieux encore le succinate d'ammoniaque sont alors conseillés par beaucoup de médecins. Chez les enfants, nous prescrivons l'acétate d'ammoniaque liquide (0 gr. 50 à 8 gr.) dans un julep gommeux additionné de 30 grammes de sirop de chloral ; nous donnons de la même manière 0 gr. 30 à 2 gr. de carbonate ou de succinate d'ammoniaque. Chez les adultes alcooliques — mais chez ceux-là seuls — nous ajoutons à la potion ammoniacale 60 gr. de rhum, de cognac ou d'eau-de-vie, et portons à 8 ou 10 gr. la dose de carbonate d'ammoniaque.

Contrairement à certains auteurs, je ne crois pas que les sels ammoniacaux puissent rendre des services appréciables dans les formes nerveuses adynamiques des pyrexes infectieuses où les meilleurs agents thérapeutiques sont, après les lotions d'eau froide à 10° c. suivies d'affusions froides et après les enveloppements dans le drap mouillé d'eau à 15° c. suivis de frictions, les potions alcooliques ou les potions de teintures névro-sthéniques à l'extrait de quinquina.

4° Les sels ammoniacaux sont encore utiles parfois comme antalgiques, parfois comme sédativo-réflexes.

Gubler insistait sur l'efficacité de l'acétate dans les céphalalgies des névropathes anémiques. Et de fait, on dissipe la céphalée neurasthénique avec quelques cuillers de la potion de Wright :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide | 15 gr. |
| Teinture d'écorces d'oranges amères | ãã 20 gr. |
| Sirop d'écorce d'orange amères | |
| Eau distillée | 50 gr. |

Au cas particulier, je préfère cependant le valérianate à l'acétate ; lorsque la céphalée neurasthénique ne prend pas fin après le déjeuner, qu'elle menace de persister toute la journée avec éblouissements, bourdonnements d'oreilles, marche incertaine, je fais prendre, avec succès, plusieurs cuillers à café de la solution :

| | |
|---|---|
| Valérianate d'ammoniaque | 2 à 3 gr. |
| Elixir de guarana | 80 gr. |

Le chlorhydrate d'ammoniaque coupe court, d'après Barallier, aux douleurs crâniennes liées à des altérations fonctionnelles de l'estomac. Par quel mécanisme ? Est-ce

Digitized by Google

parce qu'il sollicite chez les hypochlorhydriques la sécrétion acide du ventricule et combat ainsi les mauvaises digestions dont relève la céphalée ? Ou est-ce par une action antalgique directe ou liée à quelque modification, inverse de celle qui existe, dans la circulation des nerfs algiés ? Barallier dit avoir en outre conjuré avec ce sel l'accès de migraine idiopathique, l'accès de migraine menstruelle (j'aimerais mieux, à cause de ses propriétés franchement vaso-dilatatrices, avoir recours à l'acétate) et les céphalalgies des paludiques ainsi que celles observées au déclin des fièvres typhoïde ou éruptives. Sa formule est bien connue :

| | |
|---|---|
| Eau distillée ou infusion de mélisse ou de menthe.. | 60 gr. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque..... ..... | 3 — |
| Sirop d'écorces d'oranges..... | 25 — |

A prendre en trois fois à une demi-heure d'intervalle.

Elle convient de même à l'hémicrânie *a tabaco*, et Marrotte a fait disparaître les névralgies de la grippe avec 6 cachets à 0 gr. 50 de chlorhydrate d'ammoniaque.

On a pensé que le bromure d'ammonium jouit de vertus antalgiques semblables dans l'angine de poitrine. Nous l'avons expérimenté autrefois dans les angines névralgiques et dans les angines vaso-constrictives des névroses : il ne vaut pas mieux que le bromure de potassium, c'est-à-dire qu'il ne vaut rien du tout ; tandis que, prise dans un verre d'eau de mélisse, une cuiller à café de cet excellent tachycardique vaso-dilatateur, qui a nom acétate d'ammoniaque liquide, triomphe quelquefois en peu d'instants de l'accès de sténocardie hystérique d'ordinaire si long.

Partout on répète que l'association du bromure d'ammonium avec les bromures de potassium et de sodium rend ceux-ci plus actifs dans le traitement de l'épilepsie ; la preuve de cette assertion est-elle faite ?

Les insomnies (chlorotique, diabétique, par surmenage intellectuel, par cardio-hyposystolie) justiciables de la médication bromurée, cèdent mieux au bremure de potassium, administré de certaine façon, qu'au bromure d'ammonium qui éloigne plutôt le sommeil.

La supériorité de ce dernier sur celui de potassium dans les chorées réflexes ne paraît pas non plus établie. Quand la toux, à la période de crudité de la bronchite aiguë vulgaire, est caractérisée, chez les nerveux, par des quintes qui nécessitent l'addition des bromures à la potion expectorante, il est préférable de s'adresser au bromure d'ammonium dont on a dit aussi quelque bien comme sédatif du spasme glottique dans la coqueluche aux doses de 0 gr. 50 à 2 gr. *pro die*.

5° C'est l'acétate d'ammoniaque qui pacifie le mieux l'orgasme douloureux de l'utérus et facilite l'écoulement des règles chez les dysménorrhéiques sanguines, pléthoriques, ou chez celles dont la matrice enflammée, déviée ou fibromateuse, est en congestion chronique permanente ; je rappelle mes deux formules :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide..... | 30 gr. |
| Teinture de piscidia erythrina..... } | ãã 8 gr. |
| Teinture de valériane..... } | |

Une à trois cuillers à café, chacune dans un verre d'eau sucrée.

Ou :

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque liquide..... | 30 gr. |
| Teinture de piscidia erythrina..... } | |
| Teinture de viburnum prunifolium. } | ãã 10 gr. |
| Alcoolature d'anémone pulsatilie... } | |

Deux à six cuillers à café, chacune dans un quart de verre d'eau sucrée.

Dans l'intervalle des époques, instituer le traitement résolutif de l'engorgement utérin par les bains alcalins et par le chlorhydrate d'ammoniaque *intùs* :

| | |
|---|---|
| Chlorydrate d'ammoniaque..... | 6 à 8 gr. |
| Eau ..... | 300 gr. |

Prendre matin et soir une cuiller à café dans du lait sucré.

La dysménorrhée, exempte de lésions organiques, des chlorotiques, des lymphatiques, des scrofuleuses, des nerveuses, est aussi presque toujours vaincue par une, deux, trois cuillers à café d'acétate d'ammoniaque liquide. En pareille circonstance, Stoltz et ses élèves ont employé comme antispasmodique utérin le succinate d'ammoniaque à la dose d'un gramme dans un julep gommeux ou un looch : Remy (de Nancy) a retiré d'excellents et rapides effets de la potion au succinate, prise par cuillerées, dans des cas où le travail de l'accouchement traînait en longueur par suite du caractère spasmodique des contractions utérines.

6° Il est difficile d'expliquer, autrement que par une influence constrictive sur les artérioles bronchiques, pourquoi le chlorhydrate d'ammoniaque fait rétrocéder la congestion pulmonaire grippale intense, asphyxique, quatre ou cinq heures après l'administration toutes les deux heures d'un cachet à 0 gr. 50 (4 à 10 semblables par jour).

Je me rends compte des heureux résultats de l'acétate d'ammoniaque dans les bronchites capillaires et dans les broncho-pneumonies par la dérivation vaso-dilatatrice qu'il détermine du côté de la peau ; il importe de l'associer, chez l'adulte à la potion de Todd, chez l'enfant au vin de Malaga qui luttent contre l'adynamie générale et contre l'adynamie bronchique.

A quelle période des bronchites aiguës vulgaires doit-on faire intervenir comme expectorants le carbonate, le chlorhydrate, le benzoate d'ammoniaque ? Non pas dès le début, à l'époque des râles sibilants et ronflants, — ni un peu plus tard lorsque la toux ne décroche que des crachats spumeux à bulles fines ou des crachats visqueux et filants comme de la gomme, — mais seulement quand la transformation des crachats en pus est franchement réalisée : c'est alors qu'ils aident à l'expectoration en stimulant les cils vibratiles des épithéliums bronchiques et les

Digitized by Google

fibres musculaires lisses des bronches. Si les mucosités n'étaient pas entièrement ramollies, cils vibratiles et muscles bronchiques travailleraient en pure perte. Ces sels sont recommandés surtout dans les bronchites chroniques des vieillards, des goutteux, des asthmatiques emphysémateux, des convalescents de fièvre typhoïde :

Carbonate, chlorhydrate ou benzoate d'ammoniaque. } ÀÀ 1 gr.
Gomme ammoniaque.....

Poudre d'ipécacuanha ... ..... 0 gr. 25
Extrait de jusquiame ..... 0 gr. 10
Mucilage de gomme..... q. s.

Pour 20 pilules toluisées. — Deux par jour.

Le borate d'ammoniaque, vanté par un temps dans la phtisie pulmonaire (1 à 4 gr. par jour), n'est pas un expectorant : c'est un anti-catarrhal.

7° Le chlorhydrate d'ammoniaque, en tant que succédané du sulfate de quinine dans les fièvres paludéennes et dans les accidents larvés de l'impaludisme, est absolument démodé : le picrate d'ammoniaque (0 gr. 35 en 24 heures), conseillé dans les formes apyrétiques, n'a pas davantage fait fortune.

8° Disons, pour être complet, que le fluorure d'ammonium débarrasse l'estomac hypochlorhydrique de ses fermentations, de ses flatulences, aussi bien que le fluorure de sodium, et qu'une cuiller à café de phosphate ammoniaco-magnésien, prise dans un verre d'eau une ou deux heures avant les repas, restreint la sécrétion acide qui survient chez les hyperchlorhydriques pendant la digestion.

Intùs, à la dose de 4 à 12 grammes par jour, le chlorhydrate d'ammoniaque diminue le volume des foies devenus subitement gros par congestion active après des excès alcooliques, après une suppression menstruelle ou hémorrhoïdaire ou pendant les paroxysmes goutteux ; la percussion permet de mesurer le retrait évident que subit la glande après quatre ou cinq jours de l'administration du remède ; on voit, du reste, disparaître l'ictère polycholique, compagnon de la congestion. A la dose de 2 gr. par jour, le même chlorhydrate, qui s'élimine en nature par la bile, désagrège le mucus du bouchon épithélial dans la cholédocite et guérit ainsi l'ictère qui était la conséquence de cette inflammation.

9° J ai insisté naguère (1) sur la propriété que possède le chlorhydrate d'ammoniaque d'augmenter la rutilance du sang et son pouvoir d'absorption pour l'oxygène, et j'expliquais par la propriété qu'il possède d'activer la nutrition son utilité dans les maladies diathésiques où celle-ci est ralentie : scrofule avec adénites et eczémas où les Anglais le donnaient dans de l'huile de foie de morue et où Guépin l'associait à l'iodure de potassium (pourquoi pas à l'iodure d'ammonium vanté dans la scrofule aussi bien que dans le goître)? — obésité des lymphatiques — goutte pendant plusieurs jours après le début de la convalescence. Voici que, prétextant aussi qu'il accélère les combustions organiques (d'où l'augmentation d'urée dans l'urine), qu'il stimule la nutrition et l'assimilation, et qu'il restreint l'élimination de l'acide phosphorique, Bézy (de Toulouse) et son élève Guignol (1896) l'ont proposé comme reconstituant du système osseux dans le rachitisme chez les enfants :

| | | |
|---|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque. | 0 gr. 20 | (enfant de 3 ans 1/2) |
| Bicarbonate de soude..... | 1 gr. | |
| Eau de fleurs d'oranger..... | 30 gr. | |
| Infusion de tilleul..... | 120 gr. | |
| Sirop de sucre..... | 60 gr. | |

Une cuiller à soupe toutes les heures. — Par périodes de huit jours, concurremment avec les bains à 2 kilogr. de sel marin.

Dans le même ordre d'idées on a employé le carbonate d'ammoniaque à la dose de 2 à 10 (Bouchardat) et 20 gr. (Guttmann) par jour, à prendre en plusieurs fois, pour réduire la glycosurie dans le diabète sucré ; mais cette méthode est tombée en désuétude, ainsi que celle de Cazenave qui traitait les dermatoses squameuses par le sirop sudorifique au carbonate d'ammoniaque.

(1) *Journal des Praticiens*, 1892, p. 250.

# CLINIQUE MÉDICALE

## Un nouveau syndrome clinique : Les Périviscérites disséminées

Par MM. H. Huchard, *médecin de l'hôpital Necker*
et M. Deguy, *interne des hôpitaux*.

Depuis longtemps, il y a près de dix ans, l'un de nous, (M. Huchard) appelle l'attention sur un syndrome clinique spécial, auquel en raison des constatations anatomo-pathologiques faites à l'autopsie, il donne le nom de *périviscérites*. Dans le cahier d'observations de l'hôpital Bichat, en 1889 et 1890, on trouve relatés des cas de ce genre, destinés à servir de base à un travail sur ce sujet. Malheureusement, les autopsies étaient rares; rare aussi était la maladie, et l'on pouvait hésiter à publier une étude de ce syndrome clinique, avant de l'avoir longtemps mûrie.

Ayant eu cette année, l'occasion de recueillir de nouvelles observations, nous avons cru le moment opportun pour entreprendre la description du syndrome clinique, désigné sous le nom de *périviscérites*, description qui paraîtra en entier, d'ici peu, et dont nous nous bornons aujourd'hui, dans ce journal, a donner les points principaux.

Les périviscérites sont caractérisées anatomiquement par une inflammation chronique des trois grandes séreuses de l'organisme : péricarde, plèvre, péritoine. La plupart du temps, à la plèvre et au péricarde, elles se manifestent sous forme de symphises, plus rarement sous forme d'épaississements avec ou sans liquide. Au péritoine, les lésions sont un peu différentes, ce sont surtout des épaississements pseudo-cartilagineux, siégeant d'ordinaire autour du foie et de la rate (périhépatite, périsplénite), pres-

Digitized by Google

que toujours accompagnés d'ascite avec ou sans fausses membranes fibrineuses pouvant agglutiner entre elles les anses intestinales. En somme les « périviscérites » sont l'association inflammatoire des trois grandes séreuses, et comme celles-ci entourent presque tous les viscères importants de l'organisme, viscères qui secondairement, se trouvent atteints dans leur fonctionnement, l'expression de périviscérites paraît absolument convenir pour désigner ces lésions.

Les périviscérites ne sont pas un processus pathologique primitif. Aussi, nous ne les décrivons pas comme une maladie spéciale, mais comme un syndrome clinique et anatomo-pathologique.

C'est le plus souvent, d'une façon secondaire aux affections rénales ou cardiaques, que les periviscérites se développent.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce côté anatomo-pathologique (nous y reviendrons d'ailleurs en détail); mais nous signalerons quelques points de l'étude clinique qui est d'une très grande importance, car, ces périviscérites, ou bien contribuent à jeter de l'incertitude sur le diagnostic, ou bien contribuent à l'erroner.

Un fait primordial qui prime toute la séméiologie de ces périviscérites, c'est que, lors de leur développement, *la maladie causale et principale s'efface de plus en plus*, elle en arrive à occuper en clinique un rôle secondaire, et l'attention n'est point attirée vers elle; aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes. Nous croyons cependant possible de les éviter, et dernièrement nous avons pu confirmer à l'autopsie, les affirmations que nous avions faites du vivant du malade.

Comme second autre fait important en clinique, il convient de dire que les périviscérites ont un cortège symptomatique très riche, trop riche même, il y a trop de symptômes, de telle sorte qu'on ne peut en établir l'enchaînement. Ce fait se comprend très bien, si l'on réfléchit que par suite de l'inflammation des plèvres, on a des signes pleuro-pulmonaires; par suite de l'inflammation du péricarde, des symptômes cardiaques; par suite de la périhépatite, des signes d'affection du foie; par suite des lésions du péritoine, des signes gastro-intestinaux; et, en plus, le rein, étant souvent le point de départ de la maladie, donne aussi sa note dans ce cortège symptomatique complexe.

Il n'est pas étonnant que des difficultés sans nombre s'élèvent, et lorsqu'au lit du malade il faut rétablir l'enchaînement des faits, on fait les diagnostics les plus divers: par exemple, ceux de cirrhose atrophique, de péritonite tuberculeuse, de cancer de l'estomac, du cancer viscéral, de maladie du cœur, etc.. etc., mais il faut l'avouer, jamais avec une ferme conviction, il persiste toujours quelque doute dans l'esprit, car il y a quelque chose d'anormal ou d'inexpliqué.

Si l'on a pu suivre l'évolution de la maladie, on pourra après quelque temps d'hésitation arriver au diagnostic exact, mais au prix de nombreuses difficultés. Prenons quelques exemples :

Une femme entre à la salle Delpech avec de l'arythmie, de temps en temps de la tachycardie; au poumon, de l'emphysème avec bronchite chronique et des râles de congestion aux bases, dans l'abdomen une ascite considérable se développant avec des douleurs assez vives; pas d'albumine dans les urines; pas d'œdème des membres inférieurs. On fait le diagnostic probable de cirrhose atrophique, mais avec réserves, car la malade n'avait pas, à beaucoup de points de vue, l'apparence d'une cirrhotique, les urines n'étaient pas rouge-brique, elles étaient assez abondantes, variant depuis 1 litre 1/2 jusqu'à 3 litres, claires et limpides, et nous écrivons sur la pancarte le diagnostic suivant: « Arythmie, emphysème, ascite; pas d'albumine. Foie ? » Ce dernier point d'interrogation prouvait qu'il y avait là quelque chose d'inconnu, et cet inconnu, l'autopsie nous l'a révélé : il s'agissait d'une periviscérite.

D'autre part, un homme de 51 ans entre à la salle Chauffard, avec une séméiologie des plus complexes : souffles au cœur, râles dans la poitrine, de l'ascite, des hématémèses, une teinte subictérique, et une cachexie progressive spéciale, une dyspnée intense, de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum, des urines foncées, peu abondantes, mais non sédimenteuses, avec traces d'albumine. Quel diagnostic porter ? On avait pensé à une cardiopathie, à un cancer de l'estomac, à de la tuberculose, à une cirrhose; mais aucun de ces diagnostics n'était ferme, on supposait autre chose, et cette autre chose était de la periviscérite.

Un troisième malade entre avec de l'ascite, des signes d'épanchement pleural, de l'albumine à flots, des œdèmes, de la cachexie; cette fois, après quelques jours d'incertitude, on a pensé à de la péritonite tuberculeuse, à une affection hépato-rénale. En présence de la multiplicité des symptômes, on fait le diagnostic de périviscérite secondaire à une néphrite, diagnostic qui fut d'ailleurs vérifié à l'autopsie.

Chez ces trois malades, les reins étaient altérés, ils avaient été la cause de la périviscérite, et bientôt, les symptômes propres de l'affection initiale s'étaient perdus dans le cortège symptomatique prédominant et insidieux de la complication.

Nous ne dirons plus qu'un mot, à savoir que dans certains cas, les périviscérites sont consécutives à des affections cardiaques. Mais ici le diagnostic est moins difficile, l'examen permettant presque toujours de retrouver les signes antérieurs et les causes de l'affection cardiaque. Mais, quand les périviscérites se développent, la mort est proche; et souvent, du reste, elles ne sont qu'une trouvaille d'autopsie, car elles ont été englobées en clinique dans le syndrome général de l'asystolie. C'est d'ailleurs là un fait sur lequel nous reviendrons, n'ayant l'intention aujourd'hui que d'esquisser dans ses grandes lignes la question des « périviscérites disséminées ».

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

**La kératite phlycténulaire et son traitement.** — Voici une des plaies de l'enfance, de l'enfance pauvre et mal tenue, une affection qui naît de la contagion et de la saleté, qui souvent persiste et récidive malgré les traitements les mieux conduits parce que fatalement l'enfant reste soumis aux causes génératrices du mal. Elle est au contraire presque toujours très bénigne chez les enfants bien portants et bien tenus, et dans ces conditions, le traitement a presque toujours l'action la plus rapide et la plus efficace. Plus fréquente et plus grave chez les miséreux, elle contribue par l'infirmité oculaire qu'elle leur laisse souvent à maintenir leur état de déchéance sociale et d'inaptitude au travail. Ainsi elle est à la fois conséquence et cause de la misère et mérite à ce point de vue d'intéresser tout spécialement l'hygiéniste. Car les formes graves et les complications de la kératite phlycténulaire disparaîtront bien plus par les progrès de l'hygiène, de la propreté et du bien-être que par ceux de la thérapeutique proprement dite.

Affection essentiellement superficielle, elle résulte constamment de l'inoculation à la cornée ou au limbe scléro-cornéen de microorganismes, encore indéterminés. Mais si la bactériologie n'a pu encore préciser sa nature, et le déterminisme de son développement, la clinique n'en démontre pas moins tous les jours son association à peu près constante à l'*impétigo de la face* dont elle représente dans la majorité des cas l'inoculation à la cornée L'expression populaire « la gourme lui est tombée dans les yeux » se trouve donc d'accord avec la réalité.

Le nom de *kératite scrofuleuse* souvent donné à la même affection exprime une autre théorie et suppose que la lésion cornéenne est l'expression d'un état général de la scrofule. Mais la kératite n'est pas plus scrofuleuse que l'impétigo n'est scrofuleux ; les deux lésions se manifestent plus fréquemment et plus violemment chez les enfants scrofuleux que chez les autres, mais ne sont pas pour cela une manifestation de la scrofule, puisque impétigo et kératite s'observent journellement chez des enfants qui n'ont de scrofuleux que ces lésions superficielles et doivent simplement leur mal à une contagion généralement facile à déterminer.

Dans sa plus simple expression, la kératite phlycténulaire est représentée par une petite élevure blanchâtre (phlyctène) située généralement sur le limbe cornéen, mais pouvant également siéger en pleine conjonctive ou en pleine cornée et à laquelle aboutit la pointe d'un petit pinceau vasculaire triangulaire. Dans cette forme élémentaire, l'affection peut guérir très vite avec les insufflations de calomel ou un peu de *pommade jaune* introduite entre les paupières. Elle ne laisse alors absolument aucune trace. Mais fréquemment, les phlyctènes sont multiples, surtout chez les enfants atteints d'impétigo de la face et qui constamment réinoculent leur cornée en se frottant les yeux avec leurs doigts sales. La cornée se vascularise alors et les ulcères superficiels qui rapidement succèdent aux phlyctènes, peuvent s'étendre à une grande partie de la membrane Les pinceaux vasculaires qui aboutissent aux ulcérations peuvent devenir fort épais, saillants, charnus et ne disparaissent alors que très lentement, laissant à leur place un tissu de sclérose, une tache blanche indélébile. Les ulcérations elles-mêmes plutôt étendues que profondes, n'ayant généralement pas de tendance à la perforation, peuvent néanmoins, dans quelques cas, prendre une coloration jaunâtre, s'accompagner d'un peu d'hypopyon et envahir les lames cornéennes assez profondément pour entraîner en définitive une perforation qui ne se cicatrise qu'au prix d'un leucome adhérent. Dans d'autres cas, l'ulcération partie de l'un des bords de la cornée, traverse progressivement cette membrane suivant sa largeur en traçant une opacité en bandelette.

Dans tous les cas, il y a une photophobie excessive qui oblige à se servir des écarteurs de Desmarres si l'on veut examiner la cornée de l'enfant. La ténacité de l'affection et la fréquence de ses récidives sont généralement en rapport avec son étendue et l'intensité des lésions.

La kératite phlycténulaire peut avoir des conséquences graves toutes les fois qu'ayant duré longtemps et récidivé plusieurs fois, elle laisse après elle des opacités cornéennes indélébiles. Celles-ci ne résultent pas d'une destruction du tissu cornéen remplacé par un tissu de sclérose, comme c'est le cas pour toutes les ulcérations cornéennes profondes et destructives du parenchyme cornéen Lésion presque toujours superficielle, *sous-épithéliale*, n'intéressant que rarement les lames mêmes de la cornée, la kératite phlycténulaire n'est pas autre chose au point de vue de ses lésions histologiques initiales qu'une infiltration leucocytique séparant l'épithélium cornéen de la membrane de Bowman et pénétrée ultérieurement par des vaisseaux de nouvelle formation. Elle guérit par une transformation fibreuse de cette couche vasculo-cellulaire et la fine membranule blanchâtre résultant de ce travail de sclérose constitue les *néphélions* translucides qui rappellent encore chez le vieillard la maladie oculaire dont l'enfant a souffert. Cette membranule, le microscope la montre sur les coupes située entre l'épithélium cornéen et la membrane de Bowman, et si presque toujours les lames cornéennes ont conservé une intégrité complète, il n'en est pas de même de l'épithélium qui, ne reposant plus sur son terrain physiologique (la membrane de Bowman) présente presque toujours des irrégularités, des défauts, qui le rendent facilement vulnérable et créent ainsi des causes locales de récidive.

Digitized by Google

Indépendamment de ce défaut de résistance, les néphélions troublent la vue d'une façon constante et qui n'est pas uniquement en rapport avec leur opacité ni leur situation. C'est surtout en faisant perdre à la cornée la régularité de sa courbure antérieure, en déterminant un astigmatisme irrégulier que les néphélions influencent la vue d'une façon défavorable. Que l'on regarde à travers un verre *caillé* dont la transparence n'est cependant pas altérée, et l'on aura une idée du trouble visuel intense que peuvent déterminer les néphélions.

Les taies cornéennes entraînent fréquemment la myopie. Nous ne pouvons nous dire absolument fixés sur le mécanisme qui relie les lésions du segment postérieur à l'affection cornéenne. Mais la fréquence de pareille association est démontrée par l'expérience clinique journalière, et il n'est pas rare de voir la myopie consécutive aux taies cornéennes se compliquer de lésions progressives de la choroïde qui peuvent même envahir la macula et détruire ainsi la vision centrale. Le décollement de la rétine est même possible.

Il y a loin sans doute de ces conséquences excessives et cependant assez fréquentes à la phlyctène initiale qui tant de fois guérit sans laisser de traces. C'est que les conditions générales et individuelles dans lesquelles se développe la kératite sont loin d'être toujours les mêmes. La saleté, le manque de soins qui entretiennent l'impétigo de la face et rendent fatales les réinoculations cornéennes successives, sont la cause la plus habituelle des kératites graves. Mais aussi le lymphatisme et la scrofule, s'ils ne créent pas la maladie, lui constituent un terrain singulièrement favorable. Il en résulte dans ces cas l'indication formelle de modifier l'état général de l'enfant par une médication appropriée.

*Traitement.* Dans presque tous les cas et dans presque toutes les phases de la maladie, le traitement local prime ici le traitement général. Contre les phlyctènes isolées, les insufflations quotidiennes de *calomel* en poudre impalpable, la *pommade jaune* (oxyde jaune d'hydrargyre 10 à 20 centigrammes pour 10 grammes de vaseline) si facile à introduire entre les paupières à l'aide d'un petit pinceau, réussissent presque toujours merveilleusement. Il ne faut pas oublier que les iodures, susceptibles de provoquer des réactions conjonctivales violentes par la formation de bichlorure de mercure, doivent être proscrits pendant l'application de ces médicaments.

Quand les lésions sont plus étendues, que la photophobie est intense, il faut ajouter des instillations quotidiennes de *sulfate d'atropine* (0.05 centigrammes pour 10 grammes d'eau) et l'application de compresses chaudes trempées dans une infusion forte de camomille ou de thé. Quand la photophobie est gênante, on peut faire porter des lunettes fumées ou un bandeau flottant, mais proscrire le mouchoir en écharpe sur l'œil malade dont les enfants sont presque toujours affublés. Le blépharo spasme est quelquefois bien atténué par des douches froides sur tout le corps, mais il ne faut jamais perdre de vue que son point de départ, étant la lésion cornéenne, c'est toujours en définitive à celle-ci qu'il faut s'attaquer.

Si au début quand elle est superficielle et de peu d'étendue la kératite guérit généralement vite et bien par les moyens précités, il n'en est plus toujours de même dans les cas anciens où la cornée offre soit des ulcérations plus profondes, soit des vascularisations intenses à tendance hyperplasiques. Les ulcérations jaunâtres à tendances perforantes sont justiciables du galvano-cautère si leur marche est rapide ; des injections sous-conjonctivales de sublimé à 1/00 (3 à 4 gouttes) si elles sont moins menaçantes. Les mêmes injections, après une ou deux heures de douleurs assez vives, donnent souvent de bons résultats contre le blépharo spasme intense et pénible si fréquent dans la kératite superficielle. Le pannus très épais, limité, avec tendance à l'organisation fibreuse et à la taie définitive est souvent réduit par un curettage à l'aide d'un instrument bien tranchant (curette de Vidal). Les raies de feu, au galvano-cautère, sont très efficaces contre les épaississements panneux du limbe qui éternisent l'affection.

Mais ces nombreux moyens seraient sans action durable si l'on ne guérissait en même temps la source première du mal, l'impétigo de la face, source aussi des récidives. Contre cette affection si tenace chez les enfants mal soignés il n'est pas de remède plus efficace que *l'eau d'Alibour*, dont l'usage en pareil cas nous a été indiqué par M. le docteur Brocq. Voici la formule de cette vieille préparation :

| | |
|---|---|
| Sulfate de cuivre..... | aa 4 gr. |
| — de zinc..... | |
| Camphre..... | 50 centig. |
| Safran..... | 20 centig. |
| Eau..... | 120 gr. |

Filtrer.

On l'emploie tout d'abord diluée de 4 à 8 fois son volume d'eau bouillie et l'on tamponne plusieurs fois par jour les surfaces suintantes avec un bourdonnet de coton hydrophile trempé dans la dilution. Les points rebelles pourront être, sans inconvénients autres qu'une forte cuisson, traités par la solution pure Si le cuir chevelu est envahi, faire couper les cheveux ras est de toute nécessité.

La plupart des kératites phlycténulaires guérissent par la thérapeutique locale appliquée avec patience et discernement. C'est seulement chez les enfants anémiques et surtout franchement strumeux, que l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, ont une action réellement utile et doivent absolument être prescrits.

La croyance à l'origine scrofuleuse, humorale, de la kératite est cependant si répandue dans le public, que, le médecin est constamment sollicité de donner un dépuratif. L'opportunisme est sans doute permis en pareille circonstance, mais à la condition de ne jamais négliger le traite-

Digitized by Google

ment local sur lequel doit surtout compter le médecin, si la famille du petit malade a plutôt croyance à la médication interne. — Dr Rochon-Duvigneaud, *ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté de Paris.*

## THÉRAPEUTIQUE DES VOIES URINAIRES

**Du cathétérisme chez les prostatiques.** — Dans le cadre dont je dispose, je n'ai nullement l'intention de passer en revue toutes les particularités qu'offre le cathétérisme chez les prostatiques ; je ne ferai qu'envisager les cas les plus simples, ceux de la pratique journalière et en me plaçant surtout au point de vue du médecin de famille appelé à prendre, séance tenante, une décision souvent fort grave. Deux questions principales doivent retenir l'attention : Quand doit-on sonder les prostatiques ? Comment doit-on les sonder ?

*A.* — Quand doit-on sonder les prostatiques ?

On sait que l'évolution de l'hypertrophie prostatique, ou plutôt du prostatisme, se divise au point de vue clinique en trois périodes : période de dysurie sans rétention, de rétention incomplète, de rétention avec distension.

*A la première période, il ne saurait être question de cathétérisme* à moins que la vessie ne soit infectée, auquel cas des soins antiseptiques locaux sont nécessaires. Le traitement est alors celui de la cystite concomitante qui constitue une complication plutôt qu'une phase de l'évolution normale du prostatisme. Je ne puis entrer ici dans le détail de ce traitement ; suivant le degré de tolérance de la vessie à la distension on emploiera des lavages ou des instillations : les premiers sont applicables aux cas légers et moyens et faits avec un liquide aseptique, de l'eau bouillie, ou antiseptique faible telle qu'une solution boriquée, ou bien lorsque l'état d'infection persiste, avec une solution de nitrate d'argent, de permanganate, etc. Les instillations sont réservées aux cystites intenses, dans lesquelles l'injection, même d'une petite quantité de liquide, provoque une violente réaction.

Mais lorsqu'il n'y a pas cystite, lorsque l'urine, limpide, ne contient ni leucocyte, ni organisme virulent, le cathétérisme et les lavages sont inutiles et comportent quelques dangers ; non seulement ils provoquent une irritation des parois et beaucoup de vessies deviennent irritables à la suite d'une intervention inopportune, mais si ces manœuvres ne sont pas faites avec de rigoureuses précautions, elles risquent d'infecter la vessie.

*A la deuxième période,* alors qu'il y a rétention, l'indication est précise : d'une manière générale, *il faut sonder.* Mais l'urgence en est variable, et dans certains cas l'intervention est même discutable. Ainsi la composition de l'urine retenue est un élément de décision des plus importants : si l'urine est purulente, il n'y a pas à hésiter, il faut l'évacuer, puis après chaque cathétérisme, pratiquer un lavage qu'on prolongera jusqu'à ce que le liquide devienne limpide. La nature de ce dernier varie aussi, suivant l'existence ou non d'une cystite concomitante. Des envies d'uriner très fréquentes, douloureuses, persistant après l'expulsion des dernières gouttes, indiquent une inflammation des parois : l'emploi des antiseptiques est indiqué; c'est le plus souvent au nitrate d'argent (de 1/1000e à 1/500e), et au permanganate de potasse (de 1/4000e à 1/1000e) qu'on s'adressera de préférence. On devra bien entendu, modifier le titre du liquide employé suivant les symptômes, de même que la répétition des lavages. Enfin les remarques faites pour la première période sont applicables ici et c'est aux instillations qu'il faudra s'adresser lorsque la vessie est très intolérante.

Quand la vessie n'est pas infectée on doit encore sonder les prostatiques à la deuxième période, si la quantité d'urine est assez considérable *ou* si les symptômes sont intenses. Pour cela on se laissera guider par la marche de l'affection : si le malade se sent très soulagé par le sondage, ce qui est la règle, on le continuera régulièrement et à des intervalles également dictés par la durée du soulagement éprouvé. En cas contraire, on ne répétera le cathétérisme que s'il est commandé par d'autres raisons, en particulier par l'infection vésicale.

La *première période* du prostatisme est caractérisée anatomiquement par la distension des parois vésicales et cliniquement par l'incontinence par regorgement. Là l'intervention est des plus délicates et dans bien des cas le médecin tient la vie ou la mort du malade entre ses mains. En effet, beaucoup de malades se sont laissés glisser lentement vers cette période sans jamais s'être inquiétés ni traités ; la vessie peu à peu s'est distendue souvent infectée ; les urètres, les bassinets, les reins eux-mêmes ont participé à la distension et à l'infection : le prostatique a permis ainsi à des lésions qui menacent son existence de s'installer et d'évoluer sans que ni lui, ni son entourage, ni bien souvent son médecin ne se soient doutés de la gravité de sa situation. Il reste dans un état d'équilibre des plus instable et dans ces cas, l'intervention peut être l'occasion ou du retour à la santé ou du développement de complications graves. Ces dernières, que je dois me borner à signaler consistent surtout en des lésions inflammatoires des voies inférieures : cystite, prostatite, ou plus souvent des lésions des reins entraînant tout le cortège de la néphrite aiguë et de l'infection urineuse ou bien ailleurs ce sont les hématuries formidables sur le mécanisme desquelles je reviendrai.

Sur quoi donc se guider pour intervenir ou s'abstenir ? Sur l'état général d'abord ; *s'il s'agit d'un vieillard très affaibli,* cachectique, dont l'appétit est perdu depuis longtemps, dont la langue est sèche et ligneuse, il est certain que toute intervention aura beaucoup de chances de déterminer du côté des voies urinaires supérieures une poussée congestive ou inflammatoire rapidement fatale. D'autre part le malade ne souffre pas beaucoup de

Digitized by Google

ie, n'a que de vagues douleurs, comme le fait est fré-
nt, il vaut mieux tâcher de relever ses forces par une
apeutique générale que de le sonder et souvent ces
s, si graves en apparence et en réalité, permettent une
ie prolongée, on devra donc *s'abstenir d'une explora-
urétrale ou vésicale.*

ans les *conditions inverses* on se trouve en face d'un
me qui perd ses urines en quantité plus ou moins
ide ; qui accuse une difficulté ou une certaine gêne
a miction surtout au départ du jet et une douleur in-
e ou non pendant et après la miction. Son urine est
lleurs limpide ou à peine louche, la quantité en est
sidérable ; ses forces sont conservées; l'appétit est
, il n'a pas maigri. Dans ce cas, *on peut sonder, mais
les plus minutieuses précautions* que je vais indiquer.

ntre ces deux vieillards dont je viens de tracer le ta-
au, il existe bien des degrés intermédiaires; il est diffi-
de donner à ce sujet des règles précises ; c'est une
stion d'examen: il faut suivre le malade, l'observer et
r sa résistance avant d'intervenir.

e n'ai pas parlé jusqu'à présent d'un moyen précieux
préciation parce que, dans la pratique, où il est trop
vent inapplicable ; c'est l'analyse bactériologique de
ine; lorsque cette dernière ne contient pas d'organis-
virulents, et en particulier ni coli-bacilles, ni strep-
oques, l'intervention présente un minimum de danger.
éfaut de cet examen on pratiquera utilement la re-
rche sous le microscope des éléments du sang, du pus
fournira également des renseignements nécessaires.
s ce qui importe surtout c'est l'examen à l'œil nu de
ine, de ce que le professeur Guyon a justement appelé
alyse clinique ; la limpidité de l'urine comporte un
pronostic, tandis qu'une urine qui, recueillie
s un bocal, conserve, au-dessus du dépôt qu'elle aban-
ne au fond, un aspect trouble et lactescent, est une
ie dite rénale, caractéristique d'une suppuration des
s supérieures.

lais j'ai hâte de le dire, la présence du pus dans l'urine
en assombrissant un peu le pronostic, est loin d'être
contre-indication du cathétérisme ; bien au contraire,
ont *des vessies infectées qu'il faut vider au plus tôt et
tiser lorsque l'état général le permet.*

. — Comment doit-on sonder les prostatiques ?

e cathétérisme chez les prostatiques emprunte à la
nique générale la plupart de ses règles. L'instrumen-
on est des plus simples : il faut avoir à sa disposition
sondes de caoutchouc, des sondes de gomme forme
uille nos 17 à 22, un mandrin de fil de fer fort, une
ngue, enfin des solutions que j'indiquerai.

l est non moins important de dire ce dont il ne faut
se servir. Or, il est un instrument qui a, à son passif,
méfaits sans nombre ; c'est la sonde métallique, et en
ticulier la sonde de trousse ordinaire. Il faut le *rejeter
olument* ; l'emploi d'une sonde de métal est tout à fait
inutile. C'est un instrument offensif ; même entre les mains les plus exercées, elle risque de produire et produit souvent des éraillures, des déchirures, dont on se rend mal compte. Neuf fois sur dix les fausses routes sont dues à son emploi. La courbure est fixe et il faudrait en posséder un grand nombre de courbures variées pour s'adapter aux diverses déviations de l'urètre, suivant le volume de la prostate. Celle de la sonde de trousse calculée sur une moyenne pour servir au plus grand nombre de cas est, en général, trop courte et de trop petit rayon pour les prostatiques; son calibre est trop faible, et l'extrémité en est presque pointue. Enfin, et surtout, elle est inutile, la sonde béquille de gomme, avec ou sans mandrin, pouvant la remplacer dans tous les cas.

Le seul avantage de la sonde de trousse est la facilité de son transport ; aussi ai je fait construire par M. Vergne une sonde béquille démontante, dont les deux extrémités sont contenues dans un étui et qui ne tient pas plus de place que les deux pièces de la sonde métallique.

Une fois le matériel choisi, il faut lui faire subir la préparation indispensable pour la propreté et l'antisepsie. Rien de plus simple pour la sonde de caoutchouc : il suffit, après l'avoir essuyée et injectée, de la faire bouillir dans de l'eau simple pendant dix minutes, la laisser dans le vase où elle aura bouilli et *ne pas l'essuyer avant de s'en servir.* Pour la sonde de gomme, je ne puis passer en revue les procédés nombreux de stérilisation. On peut après séchage et essuyage soigneux, comme procédé de stérilisation extamporané, la maintenir pendant quelques minutes au milieu de la vapeur d'eau *bouillante*, ou y faire passer un courant de cette eau, au risque de la dépolir quelque peu, ou encore d'en frictionner énergiquement les parois avec un tampon imbibé d'une solution de sublimé, d'éther ou d'une solution phéniquée forte, etc. ; mais dans ce cas, on la trempera avant de s'en servir dans une solution boriquée ou dans de l'eau bouillie. La seringue, d'une capacité de 150 grammes environ, sera de verre ou de caoutchouc durci, et dans l'intervalle des usages, elle sera constamment remplie d'une solution de nitrate d'argent qui la maintiendra aseptique. Comme graisse, de la vaseline boriquée ou salolée à 10 0/0 peut servir ; mais le procédé le plus pratique et le meilleur consiste à employer de l'huile de vaseline ou d'olive portée à l'ébullition quelques moments auparavant

Enfin, l'*asepsie du médecin et du malade* sont de la plus grande importance. Toujours et partout le médecin peut et doit se laver les mains avant de toucher à la sonde aseptisée et après avoir tout préparé d'avance pour éviter de rendre septiques pas le contact des bouteilles, des boîtes d'instruments, des draps, etc. Le gland et la verge du malade doivent avoir été également lavés au savon et à la solution boriquée, et un lavage boriqué pratiqué dans l'urètre antérieur ; on évitera *dans ces cas* de le pousser par le canal jusque dans la vessie. Il faut savoir

Digitized by Google

*qu'un seul cathétérisme malpropre*, peut coûter la vie au malade.

Le médecin introduit alors une sonde, c'est toujours la sonde de Nelaton qui devra être choisie tout d'abord, car quatre fois sur cinq elle passera facilement, au cas contraire on introduira une sonde béquille. Dès qu'elle est dans la vessie on laisse l'urine s'écouler lentement; s'il s'agit d'un premier cathétérisme chez un prostatique à la troisième période, c'est presque goutte à goutte qu'on doit laisser l'urine s'échapper, sans jamais, par conséquent, appuyer sur l'hypogastre pour comprimer la vessie. Jamais on ne la mettra à sec par un premier cathétérisme; dès que le jet diminue, ne tombe plus qu'en bavant il faut arrêter l'évacuation. Avant de retirer la sonde il est bon, que l'urine soit trouble ou non, d'injecter et d'abandonner dans la vessie une petite quantité d'acide borique. On retire la sonde à moins que l'on ne puisse revenir sonder le malade au bout de 5 à 6 heures au maximum, ou bien que le cathétérisme ait présenté des difficultés telles qu'on craigne de ne pouvoir introduire de nouveau la sonde, auxquel cas il faudrait la laisser à demeure et la boucher avec un fausset de tonnelier, passé à l'eau bouillante. Aux cathétérismes suivants, on poussera un peu plus loin l'évacuation, et on arrivera à la faire complète à la quatrième ou cinquième séance.

Faut il laver la vessie après l'évacuation? La réponse paraîtra naïve : oui, quand elle en a besoin. C'est dire que lorsque l'urine a été d'emblée et reste parfaitement limpide, lorsque, pour plus de sûreté, on aura examiné le sédiment au microscope et que le résultat aura été négatif, il est tout à fait inutile de faire passer un courant liquide qui ne servirait qu'à irriter les parois tandis qu'on pourra abandonner dans la vessie 25 à 30 grammes de solution boriquée. Au contraire si les urines sont purulentes ou le deviennent au cours du traitement, surtout si la sonde à la fin de l'évacuation livre passage à un liquide verdâtre, filant, composé de pus plus ou moins pur, il est nécessaire de faire des irrigations abondantes, au moyen d'une sonde d'un n° 22 ou 23, si possible, ou injecter avec une seringue à large embout, une solution boriquée poussée avec une certaine force par petites quantités, 30 à 40 grammes chaque fois, et on la laissera ressortir immédiatement. Dès que le liquide reviendra limpide ou à peu près, on s'arrêtera. Enfin, souvent, lorsqu'il y a infection, la solution boriquée ne suffit pas, le nitrate d'argent et le permanganate de potasse doivent être employés.

Telle est, très résumée, la marche à suivre en présence d'un cas simple d'hypertrophie de la prostate, ce qui se présente dans la grande majorité des cas; mais le cathétérisme rencontre des difficultés nombreuses et parfois insurmontables; il ne servirait à rien de les énumérer aujourd'hui et je me propose de les étudier dans un prochain article. — E. Desnos, *ancien interne des hôpitaux.*

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**De l'intervention chirurgicale dans l'ulcère s de l'estomac et ses complications.** — La chirur l'estomac a fait, en ces dernières années, des p considérables, et plusieurs affections de cet o regardées comme d'ordre purement médical, sont peu entrées dans le domaine chirurgical. Nous n'a en vue dnas cet article que l'ulcère simple de l'est

Lorsqu'en 1881, Rydygier fit la première résecti l'estomac pour ulcère du pylore — résection heu bien que fort difficile en ce cas particulier — son vention fut assez mal accueillie dans la presse cale, puisqu'une des plus importantes revues de chir allemandes, le *Centralblatt für Chirurgie*, rendant co de cette première résection de l'estomac pour ulcère cluait en disant : « Ce sera la dernière, espérons-le. qui n'a pas empêché les observations de ce genre multiplier, et la thérapeutique chirurgicale de l simple, de prendre définitivement rang de cité.

C'est à l'étranger que furent faites les premières tions stomacales pour ulcère, et, au nom de Rydyg faut ajouter ceux de Czerny, Lauenstein, Heinecke. licz, Billroth, etc... En France, il faut arriver en pour assister à la première intervention pour rond stomacal; ce fut une pyloroplastie, pratiquée Doyen; celle-ci, suivie de récidive, nécessita une entérostomie qui réussit complètement; citons, lors, les nombreuses opérations de ce chirurgien et du prof. Terrier, de MM. Guinard, Ricard, Chapot fier, etc... L'excellente thèse de notre ami Marion, teur à la Faculté (*Th. doct.*, Paris 1897), qui témoigne travail fort original, a mis, d'une façon très ju question au point et l'a présentée sous son véritable

Il serait puéril de soutenir que tout ulcère de l'es mérite une intervention chirurgicale; fort heureuse la thérapeutique médicale dispose, la plupart du de moyens suffisants pour guérir les malades de cette affection. Mais il est des cas où la médecin malgré tout, inefficace; des cas de guérison ap récidivant bientôt; enfin, contre toutes les compl qu'on peut observer au cours ou dans les suites de simple de l'estomac, la médecine lutte mal, dis moyens inutiles ou nuls, et c'est alors que l'o peut être proposée et discutée.

*Quelles sont donc les indications opératoires d cère stomacal?* En laissant de côté la perforation, quelle la laparotomie doit se faire comme dans tout de ce genre, et n'est pas matière à discussion, arriver à penser, avec Marion, que l'intervention gicale s'impose dans les cas d'hémorrhagies g c'est-à-dire non seulement abondantes, mais dur sieurs jours, et ne pouvant être arrêtées par les mo dinaires (diète, glace, repos); — elle s'impose aussi

Digitized by Google

énose, dans les cas d'adhérences stomacales, d'estomac loculaire, et dans les ulcères rebelles à tout traitement. Chacune de ces complications de l'ulcère gastrique a s signes qui lui sont propres et il est très facile *théoquement* de savoir si l'on se trouve en présence d'une énose, d'adhérences, etc. En *pratique*, la difficulté comence, car ces complications se rencontrent également ns d'autres maladies stomacales, cancer, dilatation, etc. aut-il alors attendre qu'un nouveau signe vienne éclairer diagnostic et apprendre de quelle maladie il s'agit en alité ? Assurément non. D'abord parce que l'intervention stera la même pour toutes les affections qui peuvent rêter à confusion ; ensuite, parce qu'il y a toujours inrêt — pour le malade aussi bien que pour le chirurien — à aller voir, dons les cas douteux, de quoi il s'agit. ue si, par exemple, croyant à un cancer, on ne se trouve u'en présence d'adhérences, ou inversement, il n'y aura as dommage nouveau créé pour le malade et l'intervenion ne sera jamais de celles que l'on regrette d'avoir aites. Sans compter que souvent, des erreurs de diagnostic ont été profitables au malade, il y a toujours avanage, dans le doute, à chercher la lumière la plus comlète. C'est ainsi qu'on peut se rallier sans témérité à ette conclusion de Doyen : « A défaut d'un diagnostic certain, la marche de la maladie doit seule déterminer l'opportunité de l'intervention. Quels que soient les sympômes observés, l'aggravation de l'état général et l'*inefficacité de toute thérapeutique médicale* sont les indications les plus impérieuses. »

Nous ne pensons pas qu'en tenant un tel langage, on puisse être accusé de furie opératoire, et nous croyons, qu'il n'est pas un médecin, si abstentionniste soit-il, qui ne se rallie à une telle formule. »

*Quel est le mode d'intervention chirurgicale à appliquer à l'ulcère stomacal?* Du travail de Marion, il résulte que le traitement par excellence est la gastro-entérostomie, et qu'elle doit être préférée par sa bénignité et ses résultats à la résection. C'est ainsi que dans les cas de sténoses du pylore, elle est de beaucoup supérieure à la *dilatation digitale*, selon la méthode de Loreta (mortalité de 40 0/0), à la *pylorectomie* (mortalité de 57,9 0/0), et même à la *pyloroplastie*, dont la mortalité de 26 0/0 est faible, mais qui expose à des récidives de sténose.

Dans les hémorrhagies graves de l'estomac, on s'attachera d'abord, avant de pratiquer la gastro-entérostomie, à arrêter l'écoulement sanguin. L'opération, dans ces cas, est grave, puisque sur 7 observations connues, il n'y a eu que 3 guérisons. Aussi Marion a-t-il cherché quelle serait l'action de la ligature, dans les gastrorrhagies consécutives à l'ulcère, et à la suite d'expériences faites sur le chien, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Il est facile d'arrêter une hémorrhagie de quelque source qu'elle vienne ;

« 2° Elle peut être arrêtée soit par une ligature posée au niveau de l'ulcération au moyen de l'aiguille de Reverdin, soit par la ligature de la branche artérielle qui irrigue le territoire atteint ;

« 3° Cette interruption de la circulation artérielle dans un territoire n'offre aucun inconvénient au point de vue de la vie de ce territoire ;

« 4° La ligature de l'artère splénique n'amène pas, non plus, de troubles trophiques, du côté de la rate. »

Ces ligatures des branches artérielles stomacales ne sont, nous le répétons, que des expériences de laboratoire, et il est à présumer que sur l'homme, au cours d'une intervention, les choses ne doivent pas se passer ni si simplement, ni si heureusement. Des tentatives dans cette voie méritent néanmoins d'être encouragées.

Enfin, dans les cas d'estomacs biloculaires, d'adhérences trop étendues pour être libérées, d'ulcères en voie d'évolution et rebelles à toute thérapeutique, la gastro-entérostomie demeurera le traitement de choix. — L. Floersheim, *ancien interne des hôpitaux.*

## MÉDECINE MILITAIRE

**Entorse métatarsienne de marche** (*Synonymie:* entorse métatarsienne avec ostéopériostite traumatique ; syndesmitis metatarsea ; ostéopériostite rhumatismale des métatarsiens ; inflammation périostoarthritique du pied ; entorse métatarsienne.) Cette affection consiste en une tuméfaction de la moitié antérieure du dos du pied au cours des marches, avec douleur à la pression au niveau des articulations métatarsophalangiennes des deuxième, troisième et cinquième orteils, Diüns pense qu'il s'agit simplement d'une douleur périarticulaire due aux tiraillements qu'ont subi les ligaments. Les gaines synoviales des tendons des trois orteils médians peuvent même s'enflammer secondairement, et une névrite ascendante se déclare et propage la douleur jusqu'au mollet.

Pfihl et Valence en ont observé trois cas chez de jeunes soldats indemnes de toute tare pathologique, à la suite de marches prolongées ou de certains traumatismes du pied, tels que faux pas, saut de piste, etc. D'après M. Coustan à qui nous empruntons ces détails (*Chirurgie militaire*) deux symptômes caractérisent cette affection : l'œdème, la douleur. L'œdème est généralement localisé à la face dorsale du pied ; mais il peut aussi s'étendre à la face plantaire, avec maximum de gonflement au niveau de la partie moyenne du métatarse, sans aucune altération de la peau ou des tendons. La douleur siège tantôt à toute la région métatarsienne, tantôt en un point seulement ; elle se montre soit dans la station debout prolongée, soit pendant la marche, soit seulement à la pression.

Après le repos, l'œdème diminue, et de sous-cutané, devient sous-aponévrotique ; la douleur s'amende et se dissipe, ne se manifestant plus qu'à la pression. A la palpation des métatarsiens, on trouve une ou plusieurs petites saillies dures, lisses, de périostose semblant envahir les bords et les extrémités de la face supérieure de l'os. Le

Digitized by Google

premier et le cinquième métatarsien restent toujours sains. L'affection se localise généralement à un ou deux métatarsiens intermédiaires, de préférence au deuxième, mais jamais à tous les trois à la fois. La cause primitive de l'affection serait le relâchement des ligaments intermétatarsiens, qui agit comme un traumatisme et qui, en tiraillant le périoste au niveau des insertions musculaires, aponévrotiques et ligamenteuses, provoque de la périostite au voisinage des extrémités de l'os.

Le traitement consiste en repos, application de compresses résolutives, massage, compression, badigeonnages iodés, pointes de feu, douches. Les récidives sont à craindre.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 30 novembre 1897*

M. Budin lit le discours prononcé aux obsèques de M. le professeur Tarnier.

La séance est levée en signe de deuil.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 26 novembre 1897*

**Pathogénie de l'appendicite.** — MM. Dieulafoy et Caussade. Dans la réunion de la Société de chirurgie du 17 novembre, M. Hartmann démontrait l'exaltation de la virulence du bactérium-coli contenu dans la cavité close d'une appendicite (1). MM. Dieulafoy et Caussade, répétant ces expériences sur les cobayes, ont obtenu des résultats identiques et montré l'exaltation de la virulence des micro-organiques contenus dans une cavité appendiculaire, parfaitement close, prise sur une appendicite oblitérante aiguë. Les cultures, obtenues avec le liquide appendiculaire, contenaient le coli-bacille à l'état de pureté ; les cobayes, inoculés avec ce bouillon de culture, moururent infectés, après avoir présenté des abcès gangréneux. De plus, les toxines, recueillies par filtration du bouillon, déterminèrent la mort d'une nouvelle série de cobayes, montrant ainsi la toxicité des produits solubles, élaborés dans la cavité close appendiculaire.

**Angines à bacille court particulier : bacille en navette.** — M. Barbier. L'expérimentation et l'observation clinique n'ont pas dit leur dernier mot sur la nature diphtérique des bacilles dits courts, qu'on rencontre chez les sujets supposés atteints de diphtérie. M. Barbier a isolé parmi ceux-ci un bacille ventru, à extrémité effilée, plus court et plus épais que le bacille diphtérique court, ne présentant pas les mêmes réactions micro-biologiques, et, par conséquent, ne devant pas être confondu avec le bacille diphtérique court vrai.

Au point de vue clinique, on peut rencontrer le bacille en navette dans les angines diphtériques associé avec le bacille de Lœffler, mais aussi associé à des micro-organismes variés dans des angines pseudo-membraneuses infectieuses et non diphtériques. Ces dernières sont remarquables par la persistance ou la récidive de leurs exsudats, malgré l'emploi du sérum curateur, qui semble n'avoir aucune action sur la marche des accidents.

**Sur une variété de pleurésie sèche grippale : pleurésie sèche double.** — Morel-Lavallée. La grippe restée endémique en France, a donné lieu depuis deux ans à un type nouveau de l'inflammation pleurale. Il s'agit d'une pleurésie sèche, bilatérale, à évolution aiguë ou subaiguë pouvant intéresser toute l'étendue des deux séreuses, évoluant de bas en haut par poussées successives et récidivantes, avec des maxima d'intensité qui, dans les cas légers, en constituent les seuls foyers perceptibles à l'auscultation.

Cette affection, parfois latente dans les cas légers, évoluant constamment sans fièvre, sans altération de l'état général, avec conservation de l'appétit et des forces, peut dans les cas intenses déterminer des douleurs vives, où l'on retrouve l'ensemble des foyers douloureux de toutes les pleurites partielles.

A côté des cas où l'inflammation de la séreuse n'a pas encore terminé son cycle aigu au bout de neuf semaines, il est plus habituel de lui voir revêtir une forme atténuée, où le malade, négligeant le catarrhe muqueux éphémère de la grippe au début, ne vient réclamer les soins qu'à l'occasion d'une récidive paroxystique de la douleur aux foyers d'élection (points diaphragmatique, sous-mammaire, rétro-sternal, inter-scapulaire, cervico-claviculaire). On ne peut alors reconstituer l'ensemble de la maladie que par la réunion des signes suivants : catarrhe grippal initial retrouvé dans les antécédents ; bilatéralité des signes de la pleurésie sèche avec intégrité du parenchyme pulmonaire ; apyrexie, conservation de l'appétit et de l'état général ; toux sèche, essoufflement, jamais d'épanchement.

Comme signes de grippe concomitante, on relève fréquemment l'aphonie tardive, du catarrhe muqueux, une expectoration jaune verdâtre.

Il est difficile de fixer la pathogénie de cette nouvelle forme de pleurésie sèche bilatérale, tant qu'on n'aura pas isolé le micro organisme, ni les toxines de la grippe ; la conservation d'un bon état général, la guérison constante des sujets en un temps plus ou moins long, l'absence du bacille de Koch, semblent éloigner l'idée de tuberculose pour le présent et pour l'avenir.

**Troubles moteurs dans le rachitisme.** — M. Variot présente trois jeunes frères atteints de lésions, rachitiques similaires (gonflement des extrémités des radius, incurvation des tibias, chapelets costaux) et de troubles moteurs des membres inférieurs, caractérisés par de la paraplégie, puis des parésies, sans anesthésie, ni paralysie des sphinc-

(1) Voir *Journal des praticiens*. 1897, p. 749.

Digitized by Google

ers. Ces troubles moteurs, inusités dans le rachitisme, urent améliorés par les bains salés, le massage et l'usage nterne du lacto phosphate de chaux. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 1er décembre 1897*

**Des abcès sous-phréniques.** — M. Picqué. Les abcès ous-phréniques, dont plusieurs observations ont été rapportées devant la Société, s'éloignent quelque peu du ype décrit par Leyden, qui n'avait eu en vue que des bcès consécutifs aux pleurésies purulentes. Ils peuvent n effet avoir pour origine des lésions du foie ou du tube ligestif, lésions quelquefois fort éloignées du foyer secondaire. Comme origine hépatique, M. Picqué rapporte 'observation suivante : Un malade entre à l'hôpital pour ne affection que l'on diagnostique kyste hydatique suppuré du foie. M. Picqué pratique la laparotomie latérale, ncise le foie très volumineux et tombe dans une cavité l'où s'échappent en abondance des gaz, et du pus mêlé à les hydatides. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique suppuré, devenu gazeux. Le malade guérit d'ailleurs parfaitement.

M. Jalaguier cite l'observation d'un enfant qui fut atteint d'un bcès sous-phrénique consécutif à une appendicite. Le début de elle-ci fut méconnu : l'attention du médecin ayant été attirée par les phénomènes pleurétiques avec souffle bronchique. Une ponction pleurale fut pratiquée deux fois sans aucun résultat. On diagnostique néanmoins une pleurésie diaphragmatique enkystée, our laquelle M. Jalaguier pratiqua en arrière la résection de la euvième côte, guidé par une fluctuation manifeste, perceptible en rrière. Ce ne fut qu'après avoir traversé le diaphragme qu'il rouva un vaste foyer purulent descendant en arrière du côlon jusque dans la fosse iliaque ; sa paroi supérieure était formée par le iaphragme et l'inférieure par la face convexe du foie. — Lavage t drainage ; guérison en six mois.

Cette observation montre combien est difficile le diagnostic ntre les abcès sous-phréniques et les pleurésies enkystées.

**Cholédocotomie sans suture.** — M. Quenu. Les malades chez lesquels on pratique la cholédocotomie avec utures, sont ordinairement très affaiblis, intoxiqués par ne rétention biliaire prolongée ; de plus les manœuvres hirurgicales, la suture provoquent du côté du cholédoque n gonflement inflammatoire, bientôt suivi d'une nouvelle blitération de ce conduit, d'où jaunisse, délire, nouveaux ccidents de rétention biliaire, à moins qu'une fistule pontanée ne donne issue à la bile au dehors. Quand bien ême ces accidents ne se produiraient pas, les parois de vésicule biliaire malade se contractent mal et peuvent re impuissantes à chasser la bile vers le cholédoque. our éviter ces inconvénients, M. Quenu propose de isser couler la bile au dehors après l'incision simple du olédoque, tout en évitant sa diffusion dans le péritoine, 'est-à-dire en terminant l'opération par l'établissement d'une fistule au travers le cholédoque. Cette fistule momentanée est d'ailleurs le meilleur mode de traitement de l'angiocholite calculeuse. La cholédocotomie sans suture donne une mortalité de 25 0/0, légèrement plus faible que la mortalité de la cholédocotomie avec sutures qui est de 27 0/0. — H. M.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Signe précuseur de vomique observé dans deux cas de pleurésie purulente interlobaire.** — Chez deux malades, présentant les symptomes assez obscurs d'une pleurésie purulente interlobaire, le Dr Tholzon a observé un signe qui n'a pas encore été décrit.

En percutant avec une certaine force au niveau de l'épanchement, chaque choc du doigt fait entendre une succession de bruits se suivant de très près et se continuant en s'affaiblissant pendant un temps court mais appréciable ; ils s'entendent à distance, et un des malades les compare au bruissement d'un collier de perles qu'on agite Les malades en même temps éprouvent une sensation particulière, ils sentent les vibrations qui donnent naissance à ces bruits Si l'on percute en s'éloignant progressivement du lieu de l'épanchement, le même phénomène se reproduit chaque fois, mais en devenant de moins en moins net, à mesure qu'on s'éloigne davantage. — Dans les deux cas, il a été impossible de reproduire ces bruits après que la vomique se fut produite. Chez le premier malade, ce signe, contemporain de l'exagération des symptômes fonctionnels et de la fétidité de l'haleine, a précédé la vomique de 36 heures seulement, mais chez le second, il est apparu seul cinq jours avant la douleur, l'élévation de température, la fétidité de l'haleine n'ayant précédé la vomique que de quelques heures. Il s'agissait donc, dans certains cas, de pleurésie interlobaire, d'un signe précurseur de vomique. Pour nous, ce signe demande à être confirmé, et il est possible que ce bruit comparable « au bruissement d'un collier de perles qu'on agite », n'est autre qu'une variété de tintement métallique dû à la complication d'un pneumothorax. — R. D.

### M. le professeur Tarnier

La *Gazette des Hôpitaux* faisant l'éloge ému du regretté professeur Tarnier, termine par les phrases suivantes :

« Tarnier était un bon et un juste. Il resta modeste et simple, malgré les honneurs qui ne lui firent pas défaut. Les dernières années de sa vie furent un peu attristées par le spectacle des discordes qui s'étaient établies entre ses élèves, dont *quelques-uns ne conservèrent pas toujours par devers lui l'attitude que la simple reconnaissance eût dû leur imposer*. Tarnier ne s'en plaignit jamais ouvertement, mais il en fut profondément affecté. »

Dans la notice nécrologique que j'ai consacrée à ce maître éminent et vénéré, j'avais ces détails au bout de ma plume, mais je les trouvais tellement misérables pour celui ou ceux auxquels fait allusion notre confrère, que j'avais dédaigné d'en parler. Hélas ! cette attitude scandalisait même les étudiants en médecine, et la *Gazette des Hôpitaux* a été bien inspirée en y faisant allusion, en disant, ce que je savais, que le Maître éminent et si universellement regretté, « en était profondément affecté ».

Digitized by Google

Notre cher et savant collaborateur, un élève reconnaissant de Tarnier, M. Demelin, retracera dans ce journal, la belle existence du maître. — H. H.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité des maladies de l'enfance**, publié sous la direction de MM. Grancher, Comby, Marfan. Tome III, Masson, 1897.

Cette œuvre considérable se poursuit dans les meilleurs conditions. Le programme tracé s'exécute rapidement ; les volumes se succèdent à intervalles rapprochés, aussi est-on certain désormais que les deux derniers suivront de près. L'ensemble de l'ouvrage y gagnera d'autant. C'est déjà un premier tour de force accompli par les habiles directeurs.

Au point de vue scientifique, on ne saurait mieux désirer : chaque article constitue un ensemble suffisamment complet dans lequel clinique et études de laboratoire aboutissent à une thérapeutique raisonnée et bien exposée. Chaque auteur possède les qualités maîtresses qui assurent le succès : expérience personnelle qui lui permet de porter un jugement réfléchi et motivé, familiarité du sujet dont il a souvent fait l'objet de publications antérieures, enfin style simple, clair et précis. Beaucoup de chapitres présentent même une originalité, « un tour de main » d'exposition qui ne s'acquiert que quand on a expérimenté par soi-même les difficultés de la pratique et quand on a dû se faire une opinion personnelle pour guider sa conduite. C'est « vécu » et la lecture en est d'autant « suggestive » aussi bien pour l'étudiant que pour le praticien ; l'un et l'autre y trouveront tout ce qu'il faut savoir en pathologie infantile à cette époque où elle subit une véritable transformation.

Ce troisième volume comprend les maladies de l'abdomen, du cœur, du nez et du larynx : *Hernies* (Broca). *Péritonites* (Comby, Marfan). *Appendicites* (Brun). *Maladies du foie* (Hutinel, Oddo, Renon). *Néphrites* (Renault). *Maladies du cœur* (Moussous, Weill). *Lithiase urinaire* (de Bokay). *Vulvo-vaginite* (Epstein). *Laryngites aiguës* (Variot), etc., etc., etc.

Nous aurons l'occasion de revenir en détails sur plusieurs chapitres qui intéressent particulièrement le praticien. — Dr Carron de la Carrière.

**Technique chirurgicale**, par E. Doyen, avec la collaboration du Dr G. Roussel et de M. A. Millot. *Technique chirurgicale générale. — Opérations gynécologiques.* (Masson et Cie, éditeurs.)

Ce livre est l'exposé de la méthode opératoire générale et des procédés personnels du Dr Doyen.

L'ouvrage, divisé en deux parties, comprend la *technique chirurgicale générale* avec la description des installations du Dr Doyen, et les *opérations gynécologiques*.

Le second volume, qui est en préparation, comprendra par régions toutes les autres opérations chirurgicales. Nous n'insisterons pas davantage sur cette publication dont nous nous proposons de reparler d'ici peu.

**Précis de bactériologie pratique**, par Jules Courmont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, membre correspondant de la Société de biologie. 1 vol. collection Testut. Doin, éditeur.

Petit volume, clair et précis, tout à fait pratique, à la portée du débutant. L'étudiant trouvera dans ce récit, à côté d'une technique des plus complète, tout ce qu'il doit savoir de théorie. L'étude des produits solubles, de la sérothérapie, de l'analyse de l'eau, du diagnostic et du pronostic des maladies infectieuses par les méthodes microbiennes est faite avec soin. M. Courmont est suffisamment connu par ses travaux antérieurs et par sa longue expérience de la bactériologie pour que nous puissions ne pas insister plus longtemps sur la valeur de son travail, que nous pouvons qualifier d'un seul mot : c'est un livre bon et utile. — M. D.

**Aide-mémoire du médecin-chef des salles militaires dans les hôpitaux mixtes**, par le Dr Charles Billet, médecin principal de 2e classe. (Société d'Editions scientifiques.)

Cet *aide-mémoire* est appelé à faciliter le travail des médecins-chefs qui, n'étant pas secondés par un officier d'administration dans les hôpitaux mixtes, sont obligés de prévoir, souvent même d'établir, toujours de vérifier de très près par eux-mêmes, les documents que le secrétaire met d'une façon peu stable à leur disposition, ne connaît généralement à fond que lorsqu'il est libérable.

Les chapitres, bien déterminés, indiquent avec détail précis et renvois aux règlements ou instructions, la conduite à tenir, les pièces et certificats à établir dans toutes les situations que comportent l'exécution du service journalier, le fonctionnement de la commission de réforme, la vérification au premier degré de la comptabilité, le service de la place, etc.

**Gynécologie clinique et opératoire**, par le Dr Schmelitz (de Nice). (Société d'Editions scientifiques.)

Cette publication est précédée d'une préface de M. le docteur Reverdin (de Genève). « Ce livre, dit le professeur, classe en décrivant sans phrases longues, les instruments, les méthodes qui paraissent les meilleures à l'auteur. Le praticien y trouvera sans peine des renseignements utiles et précis et la description des procédés les plus nouveaux. Il existe sans doute, des ouvrages dans le même genre, mais la gynécologie fait de si rapides progrès que le livre de l'année qui passe est presque vieux déjà, aussi ceux qui tentent de la mettre facile, à la portée du grand nombre, font œuvre utile. En résumant sous un petit volume les faits sérieusement acquis à la science gynécologique, en les analysant et en tirant de sa propre expérience des conclusions vécues l'auteur ne peut manquer d'intéresser ses lecteurs. »

**Tableaux synoptiques de pathologie interne**, par Villerot. J.-B. Baillière, éditeurs.)

Le but de ces tableaux synoptiques a été de condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien pour lui permettre de porter, sur les affections les plus communes, un diagnostic certain. Ils seront encore d'un utile secours aux étudiants, à la veille des examens ou des concours, ainsi qu'aux praticiens qui trouveront signalés dans cet ouvrage les traitements les plus récents.

**Hystérectomie vaginale**, *revue générale*, par A. Moulongui (d'Amiens), professeur à l'école de médecine d'Amiens, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu.

**Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0,60 centimes en timbres-poste.**

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

*Hôpital Laënnec.* — M. le Dr Edgard Hirtz

**Comment faut-il traiter la migraine ?**

Pour les anciens, la migraine était un ennemi qu'il fallait ménager, et dont les méfaits ne tardaient pas à se faire sentir à ceux qui avaient l'imprudence de la déloger.

C'était l'opinion de Wepfer, de Schobelt, de Tissot (*Nerfs et leurs maladies*, Paris 1813), qui allait jusqu'à prétendre « que c'est un vrai malheur de ne plus avoir la migraine. » A cela nous répondrons, avec les auteurs du Compendium, que c'est, au contraire, un véritable bonheur d'en être débarrassé. La crainte des métastases n'est pas le commencement de la sagesse, l'expectation n'est pas le dernier mot de la thérapeutique, et pour cette affection, comme pour la plupart des maladies, l'ambition du médecin doit viser, suivant l'expression humanitaire de notre ami et directeur, Huchard, à être « un guérisseur. »

Il faut donc traiter la migraine, et traiter le migraineux, opposer à l'une l'arsenal thérapeutique dont nous disposons aujourd'hui, et protéger l'autre par des règles d'hygiène et de diététique raisonnées qui constituent la base de la médication prophylactique.

Pendant de longues années, le nombre infini de médicaments qu'on prônait pour la guérison de la migraine cachait, sous une apparence de richesse, une réelle pénurie.

L'empirisme épuisa tour à tour les narcotiques, les émissions sanguines, les révulsifs, les toniques, les évacuants, les excitants.

Ambroise Paré pratiquait l'artériostomie temporale ; Avicenne employait l'opium et l'absinthe ; Tissot vantait l'effet des sangsues et celui des vomitifs, qui ont plutôt, il faut le reconnaître, le don d'exaspérer la migraine. La teinture de coccinelle, la paullinia sorbilis ont eu leur heure de célébrité. Le trèfle d'eau (ou feuilles de ményanthe) est employé par le Dr Gérard, de Marseille, en infusion de 0 gr. 50 deux fois par jour, sucrée avec une cuillerée à bouche de sirop de valériane. Sydney-Ringer conseille une infusion de 2 à 4 grammes de camomille au début de l'accès.

Toutes ces médications ont été détrônées depuis quelques années par des agents thérapeutiques d'une réelle valeur que nous allons passer en revue.

Le premier, par ordre de mérite, est sans contredit l'*analgésine*. Huchard l'a expérimentée le premier, chez nous, comme antipyrétique ; mais c'est avant tout un médicament analgésique, et à Germain Sée revient le mérite d'en avoir vulgarisé l'emploi, comme agent anti-douloureux. C'est donc sous le nom d'analgésine, et non d'antipyrine, qu'il doit poursuivre sa carrière, et qu'on doit le prescrire.

Les doses sont, pour ainsi dire, individuelles. Tel sujet est soulagé par une dose de 0 gr. 25 ; à tel autre il faut administrer 1 gramme, voire 2 et 3 grammes pour le guérir de sa crise.

Il faut mettre les malades en garde contre l'abus de ce médicament qui est tombé dans le domaine public, qu'on prend, sans demander avis à son médecin et qui provoque cependant de temps en temps des accidents de véritable intoxication. J'ai vu un homme de 50 ans, artérioscléreux, être pris à la suite de l'usage prolongé de 2 grammes d'analgésine, d'un vertige cérébelleux qui ne cessa qu'avec la suppression de l'analgésine.

L'estomac tolère plus facilement l'analgésine, lorsqu'on y ajoute 0 gr. 50 de bicarbonate de soude.

On peut faire absorber le médicament par la voie hypodermique, lorsque l'état nauséeux dépendant de la migraine est trop pénible et trop prononcé pour permettre l'ingestion d'aucun liquide. On peut l'administrer en quart de lavement, médicament contenant 2 à 3 grammes d'analgésine avec 6 gouttes de laudanum.

Avant la vogue si justifiée de l'analgésine, on prescrivait fréquemment la *caféine* soit en potion, soit en injection sous-cutanée (formule de Huchard.)

Nous recommandons la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Caféine..... | ãã 14 grammes. |
| Benzoate de soude..... | |
| Eau de menthe..... | 250 — |

On donnera une cuillerée à café toutes les deux heures, de cette potion, jusqu'à 3 ou même 4 cuillerées. Chacune représentant 0 gr. 25 de caféine.

La même dose se trouvera dans une seringue de Pravaz, avec la formule d'injection hypodermique :

| | |
|---|---|
| Caféine..... | 2 gr. 50. |
| Benzoate de soude..... | 2 — 95. |
| Eau distillée..... | Q. s. p. 10 cc. |

Si le sujet est rebelle à l'analgésine on pourra essayer successivement d'autres médicaments comme l'*acétanilide ou antifébrine*. Il sera prudent de ne le donner qu'à doses fragmentées, par petits cachets de 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 jusqu'à 5 ou 6 cachets par jour. On aura soin de ne jamais dépasser 2 grammes.

La *phénacétine* a l'avantage d'être d'une toxicité presque nulle, et de provoquer bien plus rarement que l'analgésine des éruptions et des symptômes d'intolérance.

On la prescrira par cachets de 0 gr. 25 ou 0 gr. 30 jusqu'à 4 ou 5 par jour.

L'*exalgine* souvent héroïque dans les névralgies trifaciales est moins brillant contre la migraine. On ne dépassera pas 0 gr. 25. C'est un médicament à surveiller et qui a donné lieu à des accidents.

Les Allemands, établissant une division toute théorique de la migraine, en forme angiospastique et angioparalytique, emploient dans la première le *nitrite d'amyle* en inhalations de quelques gouttes, et dans la seconde forme l'*ergot de seigle*, à l'intérieur, comme vaso-constric-

Digitized by Google

teur. Nous n'avons jamais constaté les succès qu'annonçait Eulenburg.

Lauder Brunton vante l'action du salicylate de soude pris en 4 doses de 1 gr. 50 et associé à 2 gr. 50 de bromure de potassium.

Immerwahr, Benus Lewy, Schumann ont trouvé dans le *bleu de méthylène* un remède très efficace contre la migraine, spécialement de la forme dite angiospastique.

Ils le donnent à la dose de 0 gr. 10 — 4 fois par jour — en l'associant à la noix de muscade, pour éviter l'irritation vésicale.

| | | |
|---|---|---|
| Bleu de méthylène..... | ãã | 0.10 |
| Noix de muscade pulvérisée..... | | |

Pour 1 capsule gélatineuse n° 10, environ 4 capsules par jour.

La *migrainine* que Schumann considère comme un des meilleurs médicaments anti-migraineux n'est qu'un mélange d'antipyrine et de caféine.

Elle renferme :

| | | |
|---|---|---|
| Antipyrine..... | 89.4 | 0/0 |
| Caféine..... | 8.2 | — |
| Acide citrique..... | 0.56 | — |

L'*aconitine* réussit parfois là où les autres nervins ont échoué. On ne la prescrira que par granules d'un quart de milligramme, en moyenne, deux par jour.

Le *guarana* renferme la guaranine identique à la caféine.

On le donnera en poudre, à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr.; délayé dans de l'eau.

Séguin, grand partisan de la *théorie oculaire* de la migraine, considérant avec beaucoup d'auteurs américains qu'elle se rattache fréquemment à des vices de réfraction, recommande l'emploi des mydriatiques, la correction de la vue par des verres appropriés, et comme médicament interne : l'*extrait de Cannabis indica* qu'il donne à la dose de 3 pilules par jour de 0 gr. 01, en augmentant progressivement jusqu'à 0 gr. 15.

Gradle, de Chicago, emploie de préférence la teinture de Cannabis à la dose de XX à XXV gouttes, 2 fois par jour à 6 heures d'intervalle.

La *migraine ophtalmique* caractérisée par ses crises d'amblyopie transitoire et de scotome scintillant, sera justiciable, dans sa phase douloureuse, de la même médication que la migraine vulgaire.

Mais d'autres indications pourront se présenter, dans les cas où cette migraine s'associera à des maladies nerveuses telles que : la neurasthénie, l'hystérie, certaines psychoses, l'épilepsie, le tabes et la paralysie générale.

La médication la plus utile, la seule vraiment efficace, dans l'intervalle des accès et destinées à les éloigner, c'est *la médication bromurée*. Charcot et Féré ont bien insisté sur les services qu'elle peut rendre. On prescrira le bromure de potassium ou de sodium, ou le polybromure, progressivement de 2 à 6 grammes en 24 h.

La *migraine ophtalmoplégique* décrite pour la première fois par Mœbius en 1884, étudiée successivement par Charcot, Remack, Thomsen, Snell, Senator, Weiss, Clark, Joachim, Bouchard, Parinaud, Ballet et d'Alché, comprend deux phases bien déterminées : une phase douloureuse et une paralytique. L'accès de douleur est intense, atroce, dit Charcot ; c'est l'hémicrânie par excellence ; il cesse souvent brusquement, au moment où apparaît l'ophtalmoplégie. La paralysie frappe d'ordinaire le moteur oculaire commun et détermine du ptosis, du strabisme externe, de la dilatation pupillaire et de la diplopie. Cette affection résiste parfois à toutes les médications, et de périodique qu'elle était au début, elle peut devenir continue.

Dans sa période douloureuse, on emploiera l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, etc. Dans une observation de Mokliatchkine, la migraine ophtalmoplégique céda sous l'influence de la quinine administrée à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. 20 par jour, pendant 5 à 6 semaines. Ils s'agissait, très probablement dans l'espèce, d'une forme particulière de fièvre larvée.

La période paralytique est fréquemment rebelle à toutes les interventions thérapeutiques, ce qui s'explique par les constatations anatomo-pathologiques qu'on a pu faire. Dans un cas de Gubler on trouva en effet le nerf oculomoteur enveloppé d'un exsudat abondant avec épaississement de la pie-mère. Dans un cas de Weiss, le nerf était perdu dans des masses tuberculeuses. Dans une observation de Thomsen il était comprimé par une tumeur fibrochondromateuse.

Malgré ces faits qui déjouent toutes les tentatives de guérison, on essaiera toujours soit le traitement ioduré, soit le traitement bromuré. Localement on tentera les révulsifs énergiques sous forme de vésicatoires à la nuque, de cautères, ou même de séton.

Ce n'est pas tout de guérir l'accès de migraine, il reste une autre indication à remplir, plus difficile à réaliser, celle d'éloigner les accès, de les rendre moins fréquents et même de les faire disparaître, s'il est possible.

Pour obtenir cet effet, il faut prendre en considération les diverses causes qui donnent naissance à la migraine. On imposera au malade un régime sévère ; on proscrira les aliments indigestes, les boissons alcoolisées, les moindres doses de spiritueux appelant, chez beaucoup de sujets prédisposés, une crise de migraine. Les exemples de guérison sont dûs pour la plupart à une extrême sobriété.

Marmontel raconte qu'il était depuis des années tourmenté par des accès d'hémicrânie très douloureux. Il avait consulté sans succès bien des médecins et fut guéri par un maréchal-ferrant qui lui prescrivit de boire beaucoup d'eau, de se priver de ragoûts, de vin pur, de liqueurs, de café.

Haller, très sujet à la migraine, se guérit en buvant chaque jour de l'eau en abondance, et en changeant son régime trop nutritif contre une alimentation légère. Linné se délivre d'une migraine en buvant tous les matins

Digitized by Google

à jeun un litre d'eau fraîche et en faisant de l'exercice.

Qui ne connaît la fâcheuse influence des intoxications alimentaires, des préoccupations, du surmenage, de la surexcitation des sens.

Parfois la migraine est sous la dépendance de troubles oculaires, d'astigmatisme, et les médecins américains, Séguin en particulier, ont guéri des migraineux en corrigeant les anomalies par des verres appropriés, sans oublier le traitement général de l'*arthritisme*.

Debout recommandait comme moyen prophylactique l'usage des pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Sulfate de quinine | 3 gr. |
| Poudre de fleurs de digitale | 1 gr. 50 |
| Sirop de sucre | q. s. |

Divisé en 30 pilules.

Une tous les soirs, pendant plusieurs mois.

Chez les arthritiques, les rhumatisants, les goutteux, je n'ai eu qu'à me louer de la médication suivante :

Régime sévère, dépourvu d'aliments azotés et indigestes le soir, surtout végétarien. Comme boisson, de l'eau ou une boisson aromatisée comme le thé faible.

Le matin à jeun deux verres d'eau de Carlsbad ou de Tarasp chauffés à 40° environ, ou de l'eau de Vichy.

Tous les soirs avant dîner, une des pilules suivantes analogues à celles de Trousseau :

| | |
|---|---|
| Valérianate de quinine | 1 gr. |
| Extrait de colchique de | 0 gr. 20 à 0 gr. 40 |
| — digitale | 0 gr. 20 |
| — aconit | 0 gr. 10 |

Pour 10 pilules.

Le migraineux neurasthénique tirera le meilleur bénéfice du séjour à la campagne, d'un exercice musculaire modéré, de la vie calme et exempte des préoccupations professionnelles.

Il sera soumis à l'usage interne des phosphates ou des glycéro-phosphates, qu'on alternera avec l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de Pearson à la dose de VI à XII gouttes par jour, ou de l'arséniate de strychnine en granules d'un milligramme, 2 à 3 par jour.

L'hydrothérapie, l'électricité statique, la psychothérapie seront d'ordinaire des adjuvants précieux.

## Causerie clinique & thérapeutique

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

**Cachexie cardiaque et thromboses veineuses.** — En décrivant, dès 1889, dans la première édition du Traité des maladies du cœur et des vaisseaux, la *cachexie artérielle* caractérisée, à la période avancée de la cardio-sclérose et de l'artério-sclérose généralisée, par l'amaigrissement et l'émaciation extrêmes des masses musculaires, par l'aspect pâle et terreux de la face, je l'opposais à la *cachexie cardiaque* d'Andral, caractérisée au contraire par l'infiltration des membres, par l'aspect cyanosé et légèrement bouffi de la face, la teinte violâtre du nez et des lèvres, au point, disait Corvisart, « qu'on dirait que tout le système veineux seul est injecté. » Mais j'avais soin de dire qu'on commettrait une erreur, en confondant la cachexie cardiaque avec l'asystolie. Car, la première est due à l'aggravation de l'état *général* (*malus corporis habitus* de Celse et d'Arètée) ; la seconde est la conséquence de l'aggravation des désordres *locaux* de la circulation. On peut avoir beaucoup d'asystolie sans cachexie cardiaque, et beaucoup de cachexie cardiaque avec à peine d'asystolie. Contre celle ci, le médicament de choix est la digitale ; contre celle-là, tous les médicaments cardio-toniques sont impuissants, et la thérapeutique doit viser l'état général des malades, ainsi que l'altération de la crase sanguine.

Comme dans les cachexies cancéreuse et tuberculeuse, mais à un bien moindre degré et avec beaucoup moins de fréquence qu'elles, la cachexie cardiaque est exposée aux thromboses veineuses ; et quand celles-ci atteignent les membres inférieurs, comme chez un malade atteint de rétrécissement mitral que je vous ai fait voir, on a une tendance, pour résoudre l'œdème *douloureux*, conséquence de ces thromboses, à prescrire la digitale et les diurétiques qui, vous le comprenez facilement, ne peut rien, absolument rien contre lui. Mais, avec un peu d'attention, il est possible d'éviter une double erreur, de diagnostic et de thérapeutique, puisque cet œdème *douloureux*, *avec douleur suivant le trajet veineux*, perme t le plus souvent d'éliminer d'emblée l'œdème péri-malléolaire ou prétibial, *non douloureux*, de l'hyposystolie.

Dans la cardio-sclérose, la maladie, comme vous le savez, ne reste pas toujours limitée aux artères, elle envahit parfois tout le système circulatoire et en particulier les veines (phlébo-sclérose). Celles-ci subissent alors quelques poussées inflammatoires qui les rendent douloureuses surtout aux membres inférieurs et qui déterminent la production d'un œdème périphérique, le plus souvent léger, et qu'on ne doit pas plus rapporter à l'hyposystolie qu'à une thrombose intra-veineuse, symptomatique d'une cachexie cardiaque. Dans ce cas encore, la digitale est formellement contre-indiquée, parce qu'elle est naturellement sans action.

Après ces considérations qu'il était utile de bien établir, revenons maintenant à l'étude des thromboses intra-veineuses de la cachexie cardiaque, et rappelons un fait fort intéressant que nous avons observé, il y a trois ans, à l'hôpital Necker :

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, entrée dans le service, le 3 avril 1894 (salle Delpech, n° 5). Atteinte en 1887 d'un rhumatisme articulaire à allures traînantes, qui a envahi successivement toutes les jointures dans l'espace de cinq mois et qui aurait alors touché le cœnr, elle fut prise, à l'âge de 18 ans, d'une fièvre typhoïde, et à 21 ans d'une attaque légère de rhumatisme articulaire, n'ayant

Digitized by Google

pas duré plus de huit jours. Le rétrécissement mitral que l'on constate, date certainement de la première crise rhumatismale.

Il y a quatre mois, elle commet des excès de travail, se surmène, et contracte une maladie fébrile indéterminée avec douleur vive dans l'hypocondre droit, vomissements incessants pendant un mois ; elle sort très affaiblie de cet état morbide mal défini, et pendant la convalescence de cette affection, la malade constate un gonflement douloureux du bras gauche, elle est prise d'une forte dyspnée, ce qui l'engage à entrer à l'hôpital.

Nous constatons tous les signes d'un rétrécissement mitral sans insuffisance (roulement présystolique à la pointe, dédoublement du second bruit à la base), sans hypertrophie du cœur. Pas trace d'œdème des membres inférieurs ; pouls petit, arythmique, rapide ; dyspnée très accusée, même à l'état de repos. Aux deux poumons et principalement à la base, souffle surtout expiratoire à timbre élevé et voilé avec matité à la percussion, et ronchus sous-crépitants éloignés de l'oreille (double épanchement modéré des plèvres, congestion pulmonaire) ; quelques râles sibilants aux sommets ; pas de fièvre. Le lendemain, crachats sanguinolents des plus nets (infarctus pulmonaire ?). Urines peu abondantes (350 gr. par jour) et légèrement albumineuses.

Tout le membre supérieur gauche est le siège d'un gonflement œdémateux considérable, nettement douloureux sur le trajet des veines du bras et de l'avant-bras, avec quelques veines superficielles très saillantes et bleuâtres, et cordon assez dur et douloureux de la veine humérale. (Thrombose de la veine humérale, très probablement consécutive à la maladie infectieuse, indéterminée, dont la malade a été atteinte quatre mois avant son entrée à l'hôpital.)

Le *9 avril*, elle éprouve, principalement dans la région épigastrique un peu à gauche, des douleurs très vives qui ont duré toute la nuit précédente et continué pendant une partie de la journée. Pas de vomissements, pas de diarrhée ni de constipation ; abdomen météorisé, langue saburrale, urines foncées, rares et bilieuses. — Le *10 avril*, on pratique deux ponctions exploratrices de la poitrine, et l'on retire du liquide citrin. — Le *11 avril*, les douleurs épigastriques ont disparu, il n'y a plus de sang dans les crachats, et le *12 avril*, les douleurs abdominales reprennent, cette fois manifestement accusées à gauche, ce qui fait penser à la possibilité d'un infarctus splénique ; l'état de la malade s'aggrave, à 11 heures du soir elle est prise de sueurs froides, d'accidents comateux, et elle succombe rapidement, en une demi-heure.

A l'autopsie, un peu d'ascite, foie débordant de trois travers de doigt les fausses côtes, nombreuses adhérences pleurales, liquide assez abondant dans les deux plèvres (1 litre à 1 litre 1/2), légères adhérences péricardiques, infarctus des plus nets au lobe supérieur du poumon droit, infarctus ancien, ramolli et presque encapsulé au poumon gauche. Rate très dure, comme sclérosée et présentant deux petits infarctus récents très nets, gros comme des pois. Foie muscade, un peu sclérosé ; reins congestionnés et déjà scléreux, d'une décortication difficile.

Le cœur, du poids de 450 grammes, présente une oreillette droite manifestement dilatée avec rétrécissement léger de l'orifice tricuspidien. Le rétrécissement mitral (en boutonnière) est très serré, permettant à peine l'introduction du petit doigt, avec une dilatation et une thrombose considérables de l'oreillette gauche laquelle renferme un caillot de 65 grammes, stratifié, très adhérent surtout à la paroi postérieure, et oblitérant complètement l'orifice de l'une des veines pulmonaires. Les centres nerveux n'ont pu être examinés.

La *veine humérale gauche* est très dilatée dans son parcours, et elle contient à sa partie supérieure un gros caillot, très adhérent à la paroi, long de 3 centimètres, au niveau d'un nid valvulaire.

Cette observation soulève une question importante.

On est en droit de se demander si cette thrombose est d'origine cardiaque, ou si elle n'est pas survenue *chez une cardiaque* à la faveur d'une maladie infectieuse antérieure. Quoi qu'il en soit, et malgré certaines lacunes regrettables dans l'observation, la présence d'un œdème douloureux du membre supérieur gauche dû à une thrombose de l'humérale est un fait qui vient parfois compliquer singulièrement le diagnostic et le pronostic d'une cardiopathie.

Ces thromboses veineuses dans le cœurs d'une affection cardiaque sont relativement rares, et M. Kahn, après avoir rapporté (*Arch. de méd.* 1896) un cas de thrombose de la veine sous-clavière droite chez une femme de 52 ans arrivée à la période d'asystolie et de cachexie cardiaque, a fait des recherches bibliographiques et n'a trouvé que six cas semblables dans la littérature médicale : deux observations empruntées à Bouchut (1) dès 1845 (oblitération des veines profondes et superficielles de la jambe gauche ; oblitération de la veine cave supérieure, des veines axillaires, jugulaires, et des veines profondes du membre supérieur avec hydrothorax gauche) ; une observation de Jolly dans sa thèse inaugurale de 1861 (phlegmatia des deux membres thoraciques) ; un fait rapporté par Peter (thrombose de la veine sous-clavière gauche avec oblitération de la jugulaire externe) ; un autre dû à Parmentier (2) dans le service de Hanot (thrombose de la veine sous-clavière gauche). Quant à l'observation récente de Kahn (3), elle mérite de nous arrêter un instant.

Femme de 52 ans, dont le père est mort à 64 ans d'une affection du cœur, atteinte d'insuffisance mitrale, elle arrive à l'hôpital en asystolie. Depuis l'âge de 30 ans, rétraction de l'aponévrose palmaire aux deux mains ; il y a sept ans, influenza, et à sa suite, pour la

(1) Bouchut. La coagulation du sang veineux dans les cachexies et les maladies chroniques (*Gaz. méd. de Paris*, 1845).
(2) *Arch. de méd.* 1889.
(3) *Arch. de méd.*, oct. 1896.

Digitized by Google

première fois, léger œdème des jambes. Signes de bronchite aux sommets et de congestion pulmonaire aux deux bases, dyspnée très accusée avec examens négatifs des crachats au point de vue du bacille de Koch, mais positifs pour le pneumocoque; présence de ganglions dans le creux sous-claviculaire droit, sans aucun signe de cancer abdominal ou thoracique.

Le *10 avril*, apparition d'un œdème non douloureux de la main droite et de l'avant-bras; il y a de l'œdème des membres inférieurs, et la température axillaire s'élève à 38°,3 et 38°,6. — Le *15 avril*, l'œdème comprend le bras, l'avant bras et la main; la dyspnée augmente (42 inspirations), les urines sont très rares et albumineuses. — Le lendemain, la dyspnée devient extrême, la malade se plaint d'une douleur aiguë au côté gauche de la poitrine (foyer de râles sous-crépitants aux régions axillaire et sous-claviculaire gauche et sous la clavicule droite); expectoration rosée avec apparence de jus de groseilles). Température: 39°,2. — Les jours suivants, l'œdème du membre supérieur gagne la région mammaire; la température reste élevée, l'expectoration est à la fois purulente et sanguinolente, la faiblesse devient extrême et la malade succombe le *30 avril*.

A l'autopsie, on trouve 600 grammes de liquide séreux dans la plèvre gauche, avec un poumon parsemé d'infarctus récents; au sommet droit, tubercules crétacés et fibreux; nombreux ganglions péri-bronchiques. — Cœur droit dilaté, surtout l'oreillette, dont l'auricule renferme de nombreux caillots peu adhérents. Cœur gauche à parois épaissies avec insuffisance mitrale, sans rétrécissement. Aorte non athéromateuse; foie gros et muscade, rate molle et diffluente; reins très congestionnés. Veine sous-clavière droite entourée de gros ganglions, formant un cordon dur au devant de l'artère, et oblitérée par un caillot fibrineux rougeâtre, long de 4 centimètres, se prolongeant jusqu'à la naissance de l'axillaire, et sans aucune adhérence à la paroi, constitué par des fibrilles et des granulations de fibrine. A l'examen microscopique, la veine oblitérée montre des tuniques épaissies et une dilatation notable des capillaires dans les tuniques externe et moyenne.

Comme on voit, ce cas est intéressant, en raison même des symptômes concomitants (ganglions du creux sous-claviculaire droit, de l'expectoration en gelée de groseille, état cachectique) qui auraient pu faire croire à l'existence d'un cancer pulmonaire.

En résumé, jusqu'alors, la littérature médicale ne renferme, dans le cours des affections cardiaques et surtout mitrales que huit exemples (en comptant mes deux observations), lesquels se répartissent comme il suit: deux fois, thrombose des veines du membre inférieur *gauche*; cinq fois, thrombose des veines du membre supérieur *gauche*, et une fois, thrombose de la veine sous-clavière *droite*.

Il faut maintenant répondre à ces deux questions: Pourquoi cette rareté des thromboses veineuses dans le cours ou la fin des affections du cœur? Pourquoi cette fréquence de la thrombose dans le membre supérieur *gauche*?

1° La rareté de la thrombose veineuse s'explique par ce fait que, contrairement à l'opinion de Virchow au sujet des « thromboses marastiques », le ralentissement seul de la circulation centrale et périphérique n'est pas suffisant pour déterminer une thrombose veineuse. Il faut encore qu'il s'y adjoigne un autre élément, le plus souvent infectieux. Dans les observations que nous avons rapportées, on trouve, en effet, assez souvent l'évolution concomitante d'un état fébrile et des accidents pulmonaires plus ou moins diffus. C'est ainsi que, dans le fait rapporté par Kahn, on a découvert de nombreux pneumocoques dans les crachats, et que la phlegmatia du membre supérieur droit favorisée mécaniquement par la compression des ganglions péri-veineux a été l'expression de l'infection secondaire aux manifestations pulmonaires. C'est ainsi que chez la cardiopathe de mon service dont j'ai donné l'observation, la thrombose humérale est survenue dans la convalescence d'une maladie indéterminée, mais probablement infectieuse. On comprend donc, dans le cours et même à la période ultime des cardiopathies, la raison de la rareté des thromboses veineuses, puisqu'il faut la réunion simultanée de deux causes principales pour les produire.

2° Pourquoi la fréquence de la thrombose veineuse dans le membre supérieur *gauche*?

On sait que les thromboses cachectiques du cancer, de la tuberculose et même de la chlorose se font surtout aux membres inférieurs, et il se trouve que dans la cachexie cardiaque, elles se montrent plus volontiers au membre *supérieur* d'abord, et à *gauche* ensuite. D'après Hanot (cité par Kahn), la prédominance de la phlébite du côté gauche pourrait s'expliquer par la disposition anatomique du tronc veineux brachio-céphalique gauche dont le trajet est plus long et plus oblique que son congénère du côté droit. Dans l'observation de Kahn, la localisation de la thrombose droite était due, sans nul doute, à la gêne de la circulation veineuse provoquée par la compression de ganglions tuméfiés de la région sus-claviculaire droite.

Quant à la thrombose des veines des membres inférieurs chez les cardiopathes, artériels ou valvulaires, elle est sans doute plus fréquente qu'on le croit, surtout chez les malades atteints en même temps de varices profondes ou superficielles. A la suite d'une maladie infectieuse survenue chez des cardiaques, j'ai vu assez fréquemment évoluer une phlébite variqueuse avec œdème consécutif, qui a pu faire croire à un état asystolique qui n'existait pas. Cette erreur de diagnostic conduit forcément à une erreur thérapeutique, et on a ainsi une tendance à prescrire la digitale dont le moindre inconvénient est d'être inutile, quand elle ne devient pas nuisible par la suite; et lorsque, dans ces conditions, on voit le médicament sans effet sur les urines et sur l'œdème périphérique, on a encore une autre tendance — en vertu d'une erreur partagée par beaucoup de cliniciens — à incriminer la dégénérescence du muscle cardiaque, dégénérescence purement théorique dans ces cas.

Digitized by Google

Vous voyez ainsi que l'on commet une double faute de thérapeutique : la première qui vous porte à prescrire la digitale bien à tort ; la seconde qui semble vous interdire pour l'avenir l'emploi de ce merveilleux médicament en raison d'une opinion théorique le plus souvent erronée.

**Un mot sur le rôle des maladies infectieuses dans l'aggravation des cardiopathies chroniques.**— Ceci m'amène à vous dire quelques mots du rôle des maladies infectieuses sur une endocardite chronique et ancienne. Le fait suivant, que je résume, va vous le démontrer.

Vous vous rappelez avoir vu l'an dernier, un jeune malade de 32 ans atteint d'une insuffisance mitrale et d'une légère insuffisance aortique d origine rhumatismale. Il s'agissait jusqu'alors de simples lésions valvulaires, mais pas encore de maladie de cœur, à proprement parler, puisque l'affection était latente et bien compensée. Un jour, dans le service, il est atteint d'un érysipèle de la face assez grave, et à la guérison de celui-ci nous constatons la persistance d'une fièvre à type rémittent, de troubles cardiaques très accentués, une asystolie rapide à laquelle le malade a dû certainement succomber après un mois (je dis qu'il *a dû* y succomber, parce que sa famille l'a emmené presque mourant du service).

Que s'était-il passé ?

Sous l'influence de l'érysipèle, une poussée d'endocardite infectieuse s'est produite sur l'endocardite chronique, ce qui nous nous a été démontré par l'augmentation considérable des souffles valvulaires préexistants et par l'adjonction d'un souffle systolique de la base à l'orifice aortique ; le myocarde a été également atteint, d'où une asystolie presque aiguë ou rapide.

Ces cas sont plus fréquents qu'on le pense, et je vous rappelle à ce sujet un fait du même genre dont je vous ai déjà donné la relation (1).

Il s'agit d'un malade de 49 ans, goutteux et légèrement athéromateux, chez lequel je vis évoluer en moins de quinze jours, sous l'influence d'une grippe assez grave, une aortite aiguë, puis un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte. Deux semaines auparavant, rien ne faisait prévoir une semblable issue, et je vis apparaître ainsi une tumeur anévrysmale à marche rapide avec des battements expansifs caractéristiques. La bactériologie rend compte de ces faits, et cette observation est à rapprocher de celle de Le Gendre et Baussenat (2), relative à un anévrysme spontané de l'artère humérale à évolution rapide par artérite infectieuse aiguë à streptocoques au cours d'une endocardite végétante.

Surveillez donc les cardiopathies valvulaires ou artérielles au cours et à la suite des maladies infectieuses, et vous aurez ainsi la raison de leur aggravation rapide par endocardite végétante, myocardite infectieuse, ou encore par thrombose veineuse. Surveillez les infarctus pulmonaires se produisant dans ces conditions, ils peuvent s'infecter par divers microbes (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, etc.), et devenir le point de départ d'une infection généralisée de l'organisme, et encore de coagulations intra-veineuses que la cardiopathie seule est incapable de produire. De plus, inspirez-vous de ces faits pour la thérapeutique.

(1) *Journal des Praticiens*, 1896.
(2) *Revue de Chirurgie*, 1893.

# PHARMACOLOGIE

## Les ferments en thérapeutique

Par Bricemoret
*Chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de Médecine de Paris*

L'introduction des ferments en thérapeutique est due à Corvisart qui préconisa la pepsine dans les cas où la secrétion gastrique était devenue insuffisante. Depuis, lors des tentatives nombreuses et quelquefois couronnées de succès ont eu lieu avec la pancréatine et quelques ferments d'origine végétale.

### *Suc gastrique*

Les deux ferments du suc gastrique des vertébrés, pepsine et présure ou labferment, ont reçu une application thérapeutique.

### *Pepsine*

On emploie la pepsine de porc ou de mouton : il en existe deux sortes officinales.

1° La pepsine pure ou extractive, très altérable ; elle absorbe, en effet, rapidement l'humidité atmosphérique, devient visqueuse et subit la fermentation putride. 0,20° de cette sorte doivent peptoniser 10 grammes de fibrine.

2° La pepsine amylacée ou médicinale, constituée par la sorte précédente qu'on additionne d'amidon ou de sucre de lait auquel on ajoute un peu d'acide tartrique destiné à faciliter l'action du ferment.

0,50 centig. de cette pepsine peptonisent 10 grammes de fibrine.

La première sorte se dissout lentement dans l'eau en donnant une liqueur trouble.

La seconde, si elle a été additionnée d'amidon ne se dissout que partiellement dans ce liquide.

Les travaux de Portes ont établi que seules ces pepsines qui satisfont aux essais du Codex français doivent être utilisées. On trouve en effet, dans le commerce, un grand nombre de ces préparations souvent d'origine étrangère qui sont loin de présenter les caractères précédents. Une de ces sortes dite pepsine cristallisée, n'est qu'un mélange de solution de gélatine et de suc gastrique purifié, évaporé à sec.

On administre la pepsine extractive à la dose de 0,20 cgr. à 2 gr.; la pepsine amylacée de 0,50 cgr. à 4 gr. Sous

Digitized by Google

quelle forme ? Les formulaires renferment une foule de prescriptions dites digestives, poudres, sirops, élixirs, vins.

La pepsine amylacée peut être formulée en cachets, mais à la condition de ne pas être associée, comme cela se fait couramment, aux bicarbonates alcalins car ces sels enlèvent à la pepsine la propriété de peptoniser les albuminoïdes.

Le sirop de pepsine est une préparation qu'il faut éviter de prescrire car, d'après les expériences de Scheffer, les solutions aqueuses de pepsine perdent assez promptement leur action sur les substances protéïques.

La saveur et l'odeur peu agréables de la pepsine ont conduit à essayer d'administrer ce ferment sous forme d'élixir alcoolisé.

La proportion d'alcool que doivent renfermer ces préparations ne doit pas être trop élevée. Pour Vigier, en effet, il suffit de 15 p. 100 d'alcool pour diminuer de moitié le pouvoir transformateur de la pepsine. Pour cette raison la formule de Corvisart

| | |
|---|---|
| Pepsine | 10 gr. |
| Alcoolat de Garus | 45 — |
| Sirop de cerises | 60 — |
| Eau | 45 — |

doit être rejetée.

La formule du Codex :

| | |
|---|---|
| Pepsine médicinale (ou pepsine extractive 20 gr.) | 50 gr. |
| Eau distillée | 450 — |
| Alcool à 80° | 1 — |
| Sirop de sucre | 40 — |
| Essence de menthe ou d'anis | q. s. |

donne un produit dont la saveur peu recommandable et variable avec le praticien qui exécute la formule, va à l'encontre du but que se propose le médecin en administrant la pepsine sous forme d'élixir

La formule de Mialhe :

| | |
|---|---|
| Pepsine amylacée | 6 gr. |
| Eau | 24 — |
| Vin blanc de Lunel | 54 — |
| Sucre blanc | 30 — |
| Alcool à 33° | 12 — |

Où celle de Vigier :

| | |
|---|---|
| Pepsine amylacée | 50 gr. |
| Eau distillée | 325 — |
| Sirop de sucre | 400 — |
| Rhum à 45° | 264 — |

ne présentent pas ces inconvénients.

On les obtient en délayant la pepsine dans l'eau ; on ajoute les autres substances et on filtre après 24 heures de contact :

20 grammes du premier de ces élixirs renferment sensiblement 1 gramme de pepsine amylacée.

20 grammes du second renferment environ 1 gramme de pepsine amylacée.

La pepsine n'étant pas précipitée par le tannin peut être administrée sous forme de vin.

Les crus qui servent à cette préparation ne devront pas marquer plus de 10 degrés alcoométriques. Le vin blanc conviendra donc particulièrement à cet usage.

| | |
|---|---|
| Vin blanc | 1.000 gr. |
| Pepsine | 20 — |

*Présure ou Labferment*

C'est ce ferment qui communique au suc gastrique la propriété de cailler le lait.

Ellis l'a autrefois préconisé, en solution vineuse qu'on peut obtenir très active, en faisant macérer une caillette de veau, débarrassée de ses couches musculeuses et hachée, dans son poids de glycérine ; après 24 heures de macération, on recueille le produit liquide qu'on additionne d'une quantité suffisante de vin blanc pour faire un litre. On l'administre à la dose de une cuillerée à café après chaque repas.

En réalité, cette préparation renferme les deux ferments du suc gastrique comme bon nombre du reste de pepsines commerciales qui ne sont que des extraits de muqueuse gastrique. Un grand nombre d'entre elles jouissent comme l'a montré C.-A. Pekelharing du pouvoir protéolytique et du pouvoir caséifiant.

*Suc pancréatique*

Les trois ferments du suc pancréatique (amylopsine, stéapsine, trypsine) constituent le produit désigné sous le nom de *pancréatine*.

On la retire des pancréas de porc ou de mouton.

C'est une poudre blanc jaunâtre, à peu près complètement soluble dans l'eau qui doit dissoudre et changer en peptone 50 fois son poids de fibrine et saccharifier 40 fois son poids d'amidon ou de fécule.

On administre la pancréatine médicinale à la dose de 0,20 à 0,80 centig. en élixir faiblement alcoolisé ou en pilules. La pancréatine amylacée se prescrit à la dose de 0,50 centig. à 2 gr. en cachets, poudres.

Quelle est la valeur de ces différentes préparations ?

D'après Dufresne, la pancréatine serait un ferment digestif complet. Ewald, par contre, ne lui attribue aucune propriété, attendu que la trypsine ne tarde pas à être digérée par le suc gastrique comme une albuminoïde.

Vulpian, Portes, Vigier ont prouvé que la trypsine, qui ne peut agir que dans un milieu alcalin, était tuée par la pepsine. Pour obvier à cet inconvénient, Nuna a proposé de l'administrer en pilules, recouvertes d'une couche de kératine, matière cornée, retirée des plumes des oiseaux, insoluble dans les solutions acides, soluble, par contre, dans les liqueurs alcalines. Les pilules de pancréatine préparées de cette façon, passeraient inaltérées jusqu'à l'intestin, mais la valeur de ce procédé reste à démontrer.

Quelles associations médicamenteuses peut-on réaliser avec la pancréatine ?

On sait actuellement que la stéapsine du suc pancréatique jouit de la propriété de dédoubler les éthers-acides de phénol en acide et en phénol ; on pourra donc leur

Digitized by Google

associer la pancréatine, par exemple suivant la formule de mon maître M. le Dr Huchard :

| | |
|---|---|
| Pancréatine | 0,30 centig. |
| Benzonaphtol | 0,50 — |

Pour un cachet.

FERMENTS VÉGÉTAUX

*Diastase*

On retire la diastase de l'orge germé. C'est une substance blanche, amorphe, très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool concentré. Elle possède la propriété de transformer l'amidon en dextrine et en maltose, métamorphose que gênent plus ou moins la magnésie, les carbonates alcalins, les acides minéraux et organiques; mais l'alcool, l'éther, les essences n'exercent sur elle aucune influence. Elle a été préconisée comme agent de la digestion des substances amylacées à la dose de 0,10 à 0,50 centig. Elle doit être prescrite en nature, car son altération est rapide lorsqu'elle est en solution. Les préparations dites de Malt lui doivent leurs propriétés antidyspeptiques. On pourra, comme succédané de ces préparations, formuler l'élixir de Duquesnel :

| | |
|---|---|
| Extrait de Malt (1) | 2 grammes |
| Sirop de sucre | 20 — |
| Vin blanc de Lunel | 20 — |

*Takia Diastase*

Cet enzyme se forme dans le riz, grâce à l'action d'un champignon, l'aspergillus Oryzæ. Poudre blanc jaunâtre, très hyproscopique, pouvant transformer en maltose plus de 100 fois son volume d'amidon. Elle offre sur la diastase l'avantage de pouvoir agir en milieu acide. Par contre, elle présente l'inconvénient, de ne pouvoir se conserver. Elle se donne à la dose de 0,10 à 0,30 centig. dans les cas d'hyperacidité du suc gastrique.

*Papaïne*

On retire ce ferment, de nature albuminoïde, du suc de Carica papaya. Elle est amorphe, blanche, soluble dans l'eau; sa solution concentrée possède une saveur un peu astringente. Elle présente la propriété de dissoudre et de peptoniser de grandes quantités de fibrine. Elle se distingue de la pepsine en ce qu'elle peut agir dans un milieu neutre ou alcalin aussi bien qu'en milieu acide.

C'est un succédané de la pepsine qu'on peut administrer en paquets, associé ou non au bicarbonate de soude, à la dose de 0,10 centig. à 0,40 centig., ou sous forme de sirop. Les sirops de fruits acides conviennent particulièrement à ce ferment ;

| | |
|---|---|
| Papaïne | 0,50 centigr. |
| Sirop de cerises | 50 grammes |
| Sirop de framboises | 50 — |

Une cuillerée à soupe renferme 0,10 centigr. de ferment.

Elle est très active, mais ne produit aucun trouble fonctionnel, même à haute dose.

(1) Obtenu en épuisant par l'eau les grains d'orge germé et en évaporant au bain-marie jusqu'à consistance ferme cette solution.

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Traitement du rhumatisme par le salicylate de methyle.** — Les sels salicylés ont depuis longtemps déjà pris droit de cité dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire. Les signes d'intolérance du salicylate de soude sont trop connus des médecins pour nous permettre de ne pas insister; aussi, en présence des inconvénients de ce sel, plusieurs auteurs, Bourget, Révillod, Linossier et Lannois, avaient-ils préconisés l'usage du salicylate de methyle en badigeonnages cutanés. Ce médicament avait été prescrit dès 1885 par Wessinger sous la forme d'essence de Wintergreen qui, appliquée sur les jointures, en badigeonnages répétés toutes les 20 minutes, réussissait à faire cesser les souffrances dans les 24 heures. Non seulement, ce médicament avait été utilisé par voie cutanée, mais Le Strat (de Bordeaux) en avait vanté les effets utiles par la voie pulmonaire, en inhalations. Toutefois, l'odeur, vive, pénétrante et tenace du salicylate de methyle était une grave objection à la généralisation de son emploi. Tout récemment, M. le Dr Lasserre (*Bull. de thérap.*, décembre 1897) vient d'affirmer que le salicylate de methyle parfaitement pur peut fort bien, sans inconvénients s'administrer par la voie stomacale. Depuis 4 ans qu'il emploie ce médicament dans le rhumatisme aigu ou subaigu, il n'eut à enregistrer que des succès. Il formule ainsi :

| | |
|---|---|
| Salicylate de methyle chimiquement pur. | 1 cc. |
| Sirop de punch } | ãã 100 gr. |
| Eau distillée } | |

A prendre par cuillerées à soupe dans les 48 heures.

Cette dose est fort peu élevée, et, ce mode d'emploi est absolument anodin, l'odeur ne constitue plus un obstacle. Le médicament s'élimine rapidement par le rein et la peau; c'est un diurétique puissant, ayant une action élective sur le rein. D'après Lasserre, il produirait également de bons effets dans la goutte. — M. D.

**Sérumthérapie dans la tuberculose chirurgicale.** — Nous croyons utile d'appeler l'attention des praticiens, sans toutefois vouloir prendre parti, sur des résultats obtenus par la sérumthérapie dans la tuberculose chirurgicale. Skuetecki rapporte (*Gasr. degli Osped.*, octobre 1897) sept cas de ce genre, dans lesquels il aurait obtenu de bons résultats par l'usage d'injections de 1 cc. tous les deux jours de sérum de Maragliano. Le premier cas se rapporte à un enfant de 7 ans, ayant depuis deux ans une affection tuberculeuse de l'os iliaque et des vertèbres. 36 injections furent pratiquées; la température revint à la normale, l'appétit revint, le poids augmenta de 4 kilog.; enfin, les sueurs nocturnes et le nombre des bacilles dans l'expectoration diminuèrent. L'enfant mourut néanmoins d'entérite, consécutive, paraît-il, à des fautes graves d'élimination. Le second cas est celui d'un enfant de 5 ans, présentant une tumeur blanche du genou gauche; après 42 injections de sérum, l'enfant put partir guéri. Dans les cinq autres cas, les effets furent aussi satisfaisants que dans le précédent, et jamais un résultat fâcheux ne suivit l'usage des injections. Jamais l'on n'observa de tuberculose cutanée ou d'engorgement des glandes du voisinage. L'auteur conclut que le sérum a une action antitoxique marquée et indiscutable. — L. F.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Des pleurésies traumatiques.** — Les traumatismes de la cage thoracique même légers sont capables de déterminer une réaction pleurale, quelquefois assez intense. Mais, le plus souvent, les symptômes propres à la pleurésie sont attribués au traumat lui-même et la réaction de la plèvre est méconnue ; c'est ce qui explique que les auteurs classiques restent muets ou n'accordent qu'une très petite place à cette complication. Cependant, si le plus souvent elle reste anodine et n'assombrit pas le pronostic, elle peut, dans certains cas, amener des accidents assez graves exigeant une intervention rapide et rendant le diagnostic de cette affection réellement utile.

Tout traumatisme de la paroi thoracique peut amener une réaction pleurale mais, dans la majorité des cas, c'est à la suite de fracture de côtes qu'elle est observée : cependant Herbert dans sa thèse (*Th. de Paris*, 1896) cite plusieurs cas de pleurésie consécutive à des contusions simples de la paroi. Chez les enfants on n'a jamais signalé de pleurésie traumatique même après de violentes contusions. Or on sait que chez eux, l'élasticité des arcs osseux rend les fractures extrêmement rares. Il faut donc en conclure que les pleurésies consécutives aux contusions simples du thorax restent l'exception.

Il est nécessaire, dès maintenant, d'établir une distinction suivant que la réaction pleurale se fait dans une cavité ouverte ou fermée. Quand la plèvre est ouverte, soit par blessure du poumon, soit par effraction de la paroi et fracture de côte ; le plus souvent c'est à une pleurésie purulente avec son cortège fébrile qu'on a affaire ; si au contraire la cavité pleurale reste close, c'est un épanchement séreux qui survient dans la grande majorité des cas. Il y a donc deux grandes catégories de pleurésies traumatiques, les pleurésies séreuses, les pleurésies purulentes.

La pathogénie de la pleurésie traumatique séro-fibrineuse a été diversement interprétée : tandis que Fernet accuse un processus *a frigore*, une sorte d'action réflexe vaso-motrice et que Netter invoque une irritation de voisinage, pour Chauffard (th. de Herbert) c'est à la tuberculose qu'il faudrait rapporter la plupart des accidents pleurétiques consécutifs à un traumat. En effet, dans cinq cas l'inoculation avec l'exsudat séreux tiré de plèvres traumatisées a produit 4 fois des manifestations tuberculeuses très nettes. Or, dans tous les cas, les blessés n'avaient eu aucune manifestation tuberculeuse antérieure. Chauffard en conclut que le traumat a éveillé chez eux une tare tuberculeuse latente et que de même que, les pleurésies séro-fibrineuses dites *a frigore*, les pleurésies séreuses traumatiques sont le plus souvent d'origine bacillaire.

Quant aux pleurésies purulentes, qu'elles soient ou non accompagnées de gaz, que l'exsudat soit primitivement ou secondairement purulent, elles sont dues à une infection microbienne banale. Le plus souvent ces pleurésies purulentes surviennent à la suite d'épanchement sanguin intrapleural qui peut être d'ailleurs très peu considérable et qui subit la transformation purulente ; il est accompagné ordinairement d'un épanchement gazeux ; c'est, en somme, un pyopneumothorax.

Un cas plus rare, mais possible, c'est l'infection d'un épanchement séreux par ouverture de la plèvre consécutive à la chute d'une escharre, dans le cas de contusion du poumon.

Le syndrome clinique de la pleurésie fibrineuse est souvent dissimulé sous le fracas du traumatisme qui seul attire l'attention et la pleurésie est méconnue même alors qu'elle se révèle par des signes très nets, simplement parce qu'on ne songe pas à la rechercher.

En général, c'est au bout de quelques jours que débute la pleurésie. Jamais avant le quatrième jour, dit Sturdza (*th. Paris*, 1897), mais parfois le onzième jour seulement. Plus la date du début du frisson est rapprochée du traumat, plus les signes d'envahissement pleural sont marqués, mais l'intensité du traumatisme ne semble aucunement hâter l'apparition des premiers symptômes de pleurésie. C'est en général par des frissons et par une recrudescence de la dyspnée qui avait disparu dès le second jour et qui reprend brusquement avec cyanose, vive oppression, angoisse même, que se signale la complication.

En même temps, le point de côté dû au traumatisme, qui n'avait pas cédé après la pose d'un bandage compressif, symptôme qui doit éveiller l'esprit, s'exaspère, augmentant encore la difficulté respiratoire. La température monte à 38°, sans dépasser 38° 5, alors que la courbe thermique était restée à 37° depuis le traumatisme. Tous ces symptômes, lorsqu'ils sont bien accusés, ne peuvent laisser aucun doute, et le diagnostic s'impose.

Mais souvent le début est beaucoup moins bruyant. Le malade se plaint d'un point de côté à peine plus violent qu'au début, il est un peu oppressé et l'on met volontiers sur le compte de sa pusillanimité ce qui en réalité signale le début d'une complication pleurale. Souvent même il ne se plaint d'aucune aggravation dans son état. On comprend que dans ces cas l'affection passe inaperçue si on ne la recherche pas systématiquement.

Quand le début s'est accusé d'une manière nette, par la recrudescence du point de côté, qui n'avait pas cédé, par la reprise de la dyspnée et l'élévation de la température, la recherche des symptômes physiques s'imposent pour

Digitized by Google

constater la quantité du liquide épanché. Ces symptômes sont les mêmes que ceux de l'épanchement pleural ordinaire, aussi ne les étudierons nous pas en détails, mais la présence du traumatisme amène certaines particularités cliniques intéressantes à relever.

A la vue, le thorax, loin de présenter la voussure normale dans les épanchements de la plèvre, est ordinairement aplati par suite de l'enfoncement des côtes ; ce symptôme ne devra donc pas tromper le clinicien. La percussion révélera une zône de matité d'étendue variable correspondant à l'épanchement, mais la douleur provoquée par le choc des doigts, précisément au point correspondant aux côtes froissées, outre qu'il impose une percussion légère superficielle, quelquefois incomplète, provoque une contracture musculaire qui peut tromper sur la valeur du son rendu et en imposer pour une zône de matité étendue alors que l'épanchement est minime.

Un signe plus fidèle, parcequ'il n'est influencé ni par la douleur, ni pas la contracture musculaire nous est fourni par la palpation ; c'est la diminution ou l'abolition des vibrations transmises par la parole à la paroi. C'est là un signe précieux et toujours facile à rechercher, donnant de précieuses indications sur la hauteur de l'épanchement.

L'auscultation, bien qu'entachée des mêmes reproches que la percussion, peut donner des renseignement utiles. Sans parler du souffle doux, pleurétique ou du silence respiratoire que l'on perçoit suivant les cas, l'œgophonie et surtout la pectoriloquie aphone renseignent sur l'état du poumon derrière le liquide pleural. Or, ce dernier signe, que l'on attribue à la condensation du parenchyme pulmonaire, ne fait jamais défaut dans la pleurésie traumatique ; c'est là un précieux enseignement, prouvant que le poumon est toujours intéressé au retentissement inflammatoire et qu'il y a de la pleuro-pneumonie à un degré variable.

La quantité de l'épanchement est très variable ; souvent peu abondant et ne remontant guère au-dessus de l'angle inférieure de l'omoplate, on l'a vu atteindre 1 litre 1/2 et même 2 litres. Quelquefois teinté en rouge par un suintement sanguin, il est le plus souvent citrin, contient 20 à 30 grammes d'albumine par litre et une quantité de fibrine très différente suivant les cas. Nous avons vu que les inoculations aux cobayes, seules, avaient produits des résultats de tuberculose expérimentale. L'examen microscopique, les cultures sont toujours restées stériles.

Le siège de l'épanchement répond en général à la plèvre traumatisée et le maximum d'intensité des signes répond à la zône blessée ; mais parfois l'épanchement peut siéger à la fois dans les deux plèvres : dans ce cas c'est toujours du côté traumatisé que l'épanchement est le plus considérable, c'est aussi de ce côté qu'il est le plus long à se résorber.

La pleurésie traumatique purulente, qui le plus souvent n'est qu'un pyopneumothorax, est précédée d'ordinaire par les smptômes du pneumothorax simple, avec sa sonorité tympanique son souffle amphorique et le timbre métallique de la voix et de la toux.

C'est au cours de ce pneumothorax que l'élévation de la température, le mauvais état général, la pâleur, les sueurs, l'état gastrique indiquent la présence du pus dans la plèvre. Dès lors les symptômes physiques confirment le diagnostic.

La marche de la pleurésie traumatique séro-fibrineuse est en général assez rapide. La fièvre tombe vite, la dyspnée, le point de côté cèdent assez vite et l'examen physique montre parallèlement la diminution de l'épanchement. Souvent il se résorbe seul, sans qu'on soit obligé d'intervenir ; d'autrefois une ponction suffit et il n'a aucune tendance à se reproduire ; cependant Hérbert cite plusieurs cas où l'on dut faire plusieurs ponctions pour un épanchement qui récidivait.

Quand on laisse la maladie évoluer on note en général qu'après être resté 6 à 8 jours stationnaire, l'épanchement commence à diminuer et au bout de 15 jours il a complètement disparu. Si, les symptômes sont trop intenses ou persistent plus longtemps, c'est que le liquide reste stationnaire et il ne faut pas hésiter à ponctionner. D'ailleurs, dans tous les cas la pleurésie fibrineuse s'est terminée par la guérison complète — jamais elle n'a subi la transformation purulente, à moins que la plèvre ne se fut ouverte primitivement ou secondairement.

Cette pleurésie a donc une évolution généralement rapide et une terminaison favorable : son pronostic est bénin et même quand elle est double, elle ne compromet pas la vie. Cependant il faut se rappeler que d'après l'opinion de Chauffard le liquide est de nature tuberculeuse et implique le réveil d'une tare latente : donc le pronostic éloigné doit toujours être réservé.

Toute autre est la pleurésie purulente dont le pronostic est toujours sombre, et qui tire ses éléments de gravité, de l'intensité des phénomènes généraux et de la nature du pus qui emplit la plèvre.

Le diagnostic de la pleurésie traumatique n'est en général pas difficile ; mais il faut d'abord y penser, et toutes les fois qu'on a affaire à un traumatisme important de la paroi thoracique, il faut surveiller le début probable de la réaction pleurale. Dans ces conditions, lorsque vers le 4e ou 6e jour surviennent la dyspnée, l'augmentation du point de côté, on est amené à l'examen physique. En se défiant des erreurs que peuvent provoquer l'aspect aplati de la paroi, la matité due à la douleur et à la contracture de la paroi et la difficulté de l'auscultation, et en tenant grand compte de l'absence des vibrations toujours facile à constater par la palpation, on arrive à déceler facilement même un épanchement de minime importance. L'état du poumon est intéressant à connaître, et nous avons vu que la pectoriloquie aphone indiquait le plus souvent la part congestive qu'il avait pris au traumatisme. Parfois une pneumonie traumatique peut exister sans réaction pleu-

Digitized by Google

rale, c'est alors une pneumonie bâtarde qui ne présente pas la violence de la pneumonie lobaire, mais se caractérise par le cortège des symptômes bien typiques de la pneumonie.

Bien entendu, si le poumon était malade antérieurement, il présentera les signes propres de son affection qui s'ajouteront aux signes de la pleurésie.

L'épanchement purulent est facile à établir par la violence du début et le mauvais état général, il n'est en général qu'une complication très grave d'un pneumothorax antérieur et ne peut laisser aucun doute au point de vue de la nature du liquide épanché dans la plèvre.

Le diagnostic de la nature du liquide n'est donc pas à faire, le liquide séreux et le liquide purulent, se caractérisant par des symptômes différents et très nets. D'ailleurs la seringue de Pravaz lèverait tous les doutes. Il peut être d'ailleurs utile de savoir à quels agents microbiens est due la collection purulente.

Le traitement est en général simple. Si les symptômes d'épanchement sont peu intenses et la quantité du liquide moyenne, ni surtout au bout de quelques jours il paraît avoir tendance à la régression, des ventouses sèches, des diurétiques seront les adjuvants indiqués de la guérison spontanée. Si l'élément congestif est plus intense, les ventouses scarifiées seront indiquées.

Enfin si l'épanchement est considérable avec des phénomènes intenses s'il est double surtout et qu'il n'ait pas de tendance à la régression spontanée, il faudra ponctionner et enlever une grande partie du liquide, sans évacuer entièrement la plèvre. On a vu que dans certains cas les ponctions doivent être multipliées.

Dans le cas de pleurésie purulente de pyopneumothorax, il faut recourir au traitement chirurgical précoce, à la pleurotomie, à la résection costale plus ou moins large avec lavage des plèvres, si l'infection persistait et bien songer que même après des opérations rapides, précoces et bien menées, il peut persister des fistules pleurales intarissables rebelles aux traitements les plus énergiques et qui rendent le pronostic des plus sombres. — Alcée Durrieux, *interne des hôpitaux*.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**L'irrigation abdominale médiate dans la dothiénentérie.** — M. le Dr Challan de Belval publie dans le *Marseille médical* (décembre 1897), une très intéressante étude sur les résultats thérapeutiques obtenus dans la dothiénentérie, à l'aide de couronnes de tubes en caoutchouc, maintenus en permanence sur la région abdominale. M. Challan de Belval est parti du principe suivant : comme le centre du développement des microbes et le centre de fermentation, est l'intestin grêle, c'est là qu'il faut le modérer. Or, de tous les antifermentescibles, le froid est pratiquement le meilleur. Partout où il y a accroissement ou diminution de la circulation capillaire, congestion ou déplétion de ce système, il y a alternativement augmentation ou diminution de chaleur ; conséquence probable des impressions communiquées au système capillaire par les nerfs vaso-moteurs. Or, d'après Pflüger, chez les animaux à sang chaud, l'énergie des processus d'oxydation croît proportionnellement à la température des organes. D'après ces données. M. Challan de Belval se croit en droit de penser que l'application continue du froid, la diminution de la chaleur centrale devait nécessairement enrayer les processus de fermentation et de pullulations locales.

En résumé, le but était le suivant : obliger la peau abdominale à céder une certaine quantité de son calorique, lui enlever progressivement une partie de celui que lui apportent incessamment les courants sanguins, enrayer le processus inflammatoire et les fermentations.

Déjà en 1883 Dumontpallier employait l'enveloppement total du corps dans une sorte de couverture tubulaire constamment parcourue dans un courant d'eau froide. Ce procédé fut également employé par Clément (de Lyon), mais il était peu pratique. Aussi la modification de M. Challan de Belval était intéressante à connaître. Il emploie un simple tube de 6 à 8 m., d'un diamètre de 10 à 15 mm., épais de 1 à 2 mm., terminé à l'une de ses extrémités par une masse de plomb à tubulure centrale, à l'autre par un robinet. Deux seaux, l'un (le réservoir) légèrement élevé au-dessus du lit, l'autre (le récipient) repose à terre. Le tube est enroulé en cercles concentriques maintenus par des fils. On amorce le siphon, et l'eau circule d'autant plus ou moins rapidement qu'on ouvre plus au moins le robinet de décharge. Il suffit de faire alterner les deux seaux pour obtenir un courant continu régulier. Les résultats sont les suivants : l'irrigation abdominale médiate continue produit, sans secousses, un abaissement graduel de la température centrale. Elle est manifestement suivie d'une diminution rapide du ballonnement abdominal et d'une notable amélioration des symptômes de dépression ou d'excitation nerveuse, si habituels dans l'évolution de la fièvre typhoïde. Quelques malades accusent un refroidissement marqué des extrémités, mais ils acceptent le traitement avec plaisir. Il est utile de le continuer le jour seulement ; il n'y a pas de contre-indication dans la période fébrile de la fièvre typhoïde, et, très habituellement, les manifestations pulmonaires ont été heureusement modifiées par les localisations abdominales.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 7 décembre 1897*

**Extraction de projectiles intra-crâniens.** — M. Péan présente deux cas d'extractions de projectiles intra-crâniens dont le siège avait été indiqué par la méthode de M. Mergié. Cette méthode consiste à placer sur les parties

Digitized by Google

latérales du crâne deux tiges métalliques : l'une verticale, l'autre transversale qui se retrouvent sur la photographie et permettent ainsi de repérer le projectile. Dans le cours de l'intervention, on a contrôlé les données radiographiques par la méthode de Trouvé.

M. Le Dentu. Il s'agit évidemment là d'un appareil ingénieux, mais beaucoup moins précis que celui de MM. Remy et Contremoulin. Dans la recherche du projectile, M. Péan a dû se servir de l'appareil Trouvé et a dû se laisser guider par la traînée noirâtre faite par le passage de la balle.

M. Le Dentu présente un nouveau malade ayant subi avec succès l'extradition d'un projectile intra-crânien par le procédé de MM. Remy et Contremoulin — Le projectile siégeait à 55 m/m de profondeur en arrière de la partie interne de l'arcade sourcilière droite. Entré par la tempe droite, il avait brisé les parois externe et supérieure de l'orbite et s'était logé à la face profonde du lobe antérieur du cerveau, contre l'apophyse clinoïde antérieure.

Ce qui paraît intéressant à signaler, c'est la précision des indications fournies par l'appareil de MM. Remy et Contremoulin, malgré le siège profond du projectile.

M. Vallin lit, au nom de M. *Courtois-Suffit*, une note sur l'état sanitaire des usines d'allumettes de Pantin et d'Aubervilliers.

Depuis un an, il n'y a pas eu un seul cas de nécrose phosphorée dans les usines qui passent pour les plus malsaines. Ce fait mérite l'attention, puisque les procédés de fabrication sont restés les mêmes. Une sélection ouvrière méthodique et des règles d'hygiène ont suffi à amener ce résultat.

Il est évident que la suppression totale du phosphore dans la fabrication des allumettes serait plus radicale, mais il faudrait ne pas le remplacer par des matières par trop dangereuses.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 3 décembre 1897*

**Pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre.** — MM. Widal et Nobécourt rapportent un cas de pleurésie putride sans gangrène du poumon ni de la plèvre. Il s'agit d'un homme de 40 ans, entré à l'hôpital pour un point de côté très douloureux et pour une dyspnée intense. On constata les signes de pyopneumothorax et le soir même de l'entrée on fit une thoracentèse qui donna un liquide extrêmement fétide. Le malade succomba le lendemain. A l'autopsie, en aucun point du poumon on ne put constater de foyer de gangrène ni d'inflammation pulmonaire ou de tuberculose. Les plèvres, tapissées de fausses membranes, ne présentaient aucune trace de perforation ou de gangrène. L'examen attentif des organes ne put renseigner sur le point de départ de l'infection. Quant au liquide pleural, il était très septique, car inoculé aux cobayes il provoqua des abcès gazeux et gangréneux identiques.

**Le son de percussion amphorique.** — M. L. Gaillard Le son de percussion amphorique est facile à mettre en évidence au niveau de l'estomac modérément distendu par les gaz. Dans les régions sous-claviculaires, on peut l'obtenir à l'aide d'une percussion forte au niveau des cavernes qui, sous une percussion faible, ne donnent que de la matité. La genèse est à peu près la même que celle du bruit de pot fêlé qui se distingue par une accentuation du timbre métallique. Il constitue, comme le bruit du pot fêlé, un son mat à timbre spécial, un son de matité pervertie. Beaucoup plus rarement, on le considérera comme un son de tympanisme perverti, comme un son tympanique à timbre spécial, au niveau des cavernes très spacieuses à parois minces simulant le pneumothorax et dans le pneumothorax lui-même.

La région sous-claviculaire le fournit parfois encore chez les pleurétiques et chez les pneumoniques du côté de la lésion, surtout à gauche. Je l'ai constaté dans la zone inféro-dorsale à gauche, chez une femme atteinte de pneumothorax partiel sans liquide.

Il mérite surtout d'être étudié à la base du thorax, au niveau des collections liquides. Si on le confondait là, comme la chose est arrivée dans certains cas, avec le tympanisme, on risquerait de refuser aux malades une thoracenthèse urgente.

Je l'ai constaté dans la zone inféro-dorsale, à gauche, au niveau même de la masse liquide (non pas à la limite supérieure de cette masse) chez un homme atteint d'hydropneumothorax. En ce point, il était suscité vraisemblablement par une propagation des vibrations à l'estomac distendu par des gaz. Il peut exister chez les pleurétiques à droite aussi bien qu'à gauche dans la région inféro-dorsale. — H. M.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 8 décembre 1897*

**De l'hystérectomie abdominale totale.** — M. Ricard. Il ressort de la discussion en cours que l'hystérectomie abdominale totale est devenue le procédé de choix dans la cure chirurgicale des fibromes et que tous les procédés à pédicule rentré ou à pédicule sorti ne sont plus que des procédés d'exception ou de nécessité, imposés par des circonstances anormales et imprévues. Le procédé, préconisé par M. Ricard, appartient à la catégorie des méthodes utilisant l'hémostase préalable avant l'extirpation de l'utérus. Le ventre étant ouvert, il va saisir et lier l'artère utérine du côté le moins atteint par la voie la plus rapide ; puis il ouvre le vagin, fait basculer l'utérus latéralement, prend l'autre utérine par en-dessous et décortique l'utérus de bas en haut, jusqu'à son extirpation complète.

M. Peyrot a abandonné, depuis plusieurs années, l'hystérectomie abdominale avec pédicule rentré ou fixé à la paroi. Lorsque

Digitized by Google

le ventre est ouvert, le fibrome étant attiré au dehors, il pratique l'hémostase préventive liant d'abord les ligaments larges de bas en haut, puis décolle la vessie, incise le vagin, puis détache l'utérus de bas en haut. S'il s'agit de gros fibromes, il les énuclée d'abord et pratique ensuite l'hystérectomie.

**Des abcès sous-phréniques.** — M. Lejars. Il existe une différence entre les abcès simples et les abcès gazeux sous-diaphragmatiques ; ceux-ci supposent toujours une perforation plus ou moins rapprochée du tube digestif. Voici un exemple de ces derniers. Une femme de 32 ans entre à l'hôpital Beaujon avec des phénomènes d'obstruction intestinale : le ventre bilobé dans l'hypochondre droit, présente de la fluctuation à ce niveau. Laparotomie latérale. M. Lejars trouve une vaste cavité remplie de gaz et de pus, qui est lavée et drainée. La malade succombe le quatrième jour au milieu de phénomènes septiques. A l'autopsie, on découvre la première poche vidée en rapport avec une perforation de la face antérieure de l'estomac. Une deuxième poche, remplie de gaz et de pus qui n'avait pas été ouverte, existait derrière l'estomac et la rate, correspondant à une autre perforation de la face postérieure de l'estomac.

M. Monod communique deux observations analogues, types d'abcès gazeux sous-phréniques. Dans la première, il s'agit d'une femme de 25 ans, souffrant depuis deux ans de douleurs gastriques et entrée à l'hôpital pour les phénomènes infectieux que l'on attribuait à une fausse couche. Quelques jours après, elle offrait une saillie épigastrique avec météorisme et les risques d'un épanchement pleural gauche. Le jour où l'on devait opérer cette malade, la saillie épigastrique avait disparu, mais les phénomènes de compression bronchique persistaient. Après une ponction aspiratrice ramenant du pus, il pratiqua une large incision à la base du thorax, qui le conduisit, au travers le diaphragme, dans une cavité située au-dessous de ce muscle et remplie de gaz et de pus. La malade guérit.

Le second cas a trait à un homme de 39 ans, alcoolique, éprouvant depuis longtemps des douleurs gastriques, et chez lequel M. Hayem avait diagnostiqué une collection purulente sous-phrénique, donnant lieu à du souffle bronchique. Ce malade était tombé dans un état grave de cachexie et succomba, malgré une résection costale qui conduisit dans un vaste abcès s'étendant en arrière du foie.

Ces deux observations montrent qu'il est parfois difficile de diagnostiquer une collection intra-thoracique d'avec un abcès sous-phrénique, lorsque celui-ci refoule en haut le diaphragme et le poumon ; ces abcès, pour lesquels il propose le nom de *pyo-thorax ous-phrénique*, succèdent toujours à des lésions plus ou moins oignées du tube digestif.

**Ablation d'une tumeur du foie.** — M. Terrier rapporte l'observation d'un homme âgé de 50 ans, chez lequel il a extirpé un carcinome du foie pesant 270 grammes, par le procédé de M. Aupray, en s'aidant de la ligature préalable en chaîne du tissu hépatique ; il n'y eut pas d'hémorrhagie sérieuse : le malade vit encore depuis le 15 juillet dernier, date de l'opération. — H. M.

## M. LE PROFESSEUR TARNIER

« Tarnier est mort ! avec lui disparaît une des plus grandes figures de notre époque. »

Ainsi s'exprimait, le 27 novembre dernier, M. le Dr Budin, parlant au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe de notre regretté maître, au cimetière de Dijon.

Certes, les journaux de cette semaine, en annonçant la triste nouvelle, ont rappelé les titres, les publications, les vertus de l'homme que nous pleurons ; mais son œuvre est assez belle pour qu'on puisse y revenir, et assez étendue pour qu'on n'ose avoir la prétention de la décrire entièrement en quelques pages.

Tout de suite, un rayon de gloire fait briller le nom du professeur Tarnier, qui prend place parmi les bienfaiteurs de l'humanité. En 1856, il est douloureusement impressionné par le nombre excessif des femmes qui succombaient, à la Maternité, victimes de l'infection ; dans sa thèse de doctorat, intitulée : « Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches », il constate qu'à l'hôpital la mortalité est de 1 sur 19, tandis qu'en ville, à la même époque, elle n'était que de 1 sur 322, c'est à-dire 17 fois moins considérable ; et il conclut, statistique en main, mathématiquement pour ainsi dire, que la *fièvre puerpérale est contagieuse*. Malgré l'opposition des maîtres d'alors, il soutient de nouveau la doctrine de la contagiosité dans un second mémoire paru en 1858 (De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité). Fort de cette conviction, il poursuit son idée, et, revenu à la Maternité comme chirurgien en chef (1867), il demande l'isolement complet des femmes infectées, et, grâce à cette simple mesure, il abaisse brusquement la mortalité de 9,31 0/0 à 2,32 0/0. En 1881, il applique aux accouchements la méthode antiseptique, il généralise l'emploi du sublimé et fait tomber encore le taux de la mortalité, qui n'est plus alors que de 1,05 0/0.

Tels sont les faits dans leur éloquente simplicité. Mais ce n'est pas tout. Lisons sa thèse de doctorat, datée, nous le savons, de 1857 ; nous y trouvons ceci : « En admettant que la fièvre puerpérale soit contagieuse, nous sommes conduits à croire qu'elle produit un *virus* capable de la propager. L'existence d'un *miasme contagieux* ne nous paraît pas douteuse... Les anatomistes avaient remarqué depuis longtemps que les piqûres qui succèdent aux autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale avaient une gravité plus grande que lorsqu'elles ont lieu pendant d'autres dissections. Ce fait pourrait prouver à lui seul que les liquides produits par la fièvre puerpérale contiennent un *poison* énergique. De là à l'existence d'un *virus*, il n'y a qu'un pas. » Et plus loin : « Nous avons injecté sous la peau d'un lapin et de trois chiens du liquide que nous avons recueilli à la face interne de l'utérus et dans la cavité péritonéale ; deux de ces animaux ont survécu sans malaise, tandis que les deux autres ont succombé très rapidement. »

Voilà donc le poison, le virus, le miasme puerpéral affirmé et expérimenté. Non seulement le but pratique est atteint (et c'est le plus important pour nous, médecins), mais encore le côté théorique de la question est abordé. C'est l'œuvre à la fois d'un thérapeute et d'un savant de laboratoire.

Aussi, rempli d'admiration, M. Huchard s'écrie-t-il : « Le jugement de ses contemporains, devançant celui de la postérité, qui l'élèvera au rang d'un des plus grands, du plus grand accoucheur du siècle, a déjà dit et proclamé que M. Tarnier a eu la gloire de faire de la fièvre puerpérale une maladie historique. »

Cette lutte victorieuse contre l'infection puerpérale eut suffi pour

Digitized by Google

illustrer Tarnier ; mais il s'attaqua à un autre fléau, l'éclampsie. Cette redoutable maladie, mortelle une fois sur quatre, se développait dans la proportion de 20 0/0 chez les femmes enceintes albuminuriques. Tarnier établit l'efficacité du régime lacté intégral, et formula une loi qui n'a pas encore rencontré d'exception : « Toute femme enceinte albuminurique, soumise au régime lacté intégral depuis huit jours au moins, a la certitude de ne pas devenir éclamptique. » La prophylaxie des convulsions puerpérales était trouvée, de même que celle de la septicémie.

L'hygiène était donc la grande préoccupation du maître, et il fit tous ses efforts pour qu'on hospitalisât en aussi grand nombre que possible les malheureuses femmes enceintes, dénuées de ressources et sans asile. Il réussit de la sorte à créer pour elles un nouveau dortoir de 40 lits à la clinique de la rue d'Assas, qui portera désormais le nom officiel de *clinique Tarnier*.

La mortalité des enfants nés avant terme était considérable aussi. Le maître la combattit avec la couveuse et le gavage ; il obtint les résultats suivants (voir *Thèse de Berthod*, Paris 1887) :

Les enfants nés prématurément :

A 6 mois, mouraient tous avant la couveuse (survivants 0 0/0).
Depuis la couveuse, ils survivent dans la proportion de 30 0/0.
A 6 mois et demi, avant la couveuse, survivants 21,5 0/0.
depuis la couveuse, « 53 0/0.
A 7 mois, avant la couveuse, survivants 39 0/0.
depuis la couveuse, » 63 0/0.
A 7 mois et demi, avant la couveuse, survivants 54 0/0.
depuis la couveuse, » 78 0/0.

A partir de 8 mois, la couveuse cesse d'être nécessaire, sauf pour les enfants débiles ou malades.

Une affection du nouveau-né, qui a presque disparu et qui guérit aisément grâce à la couveuse, c'est la sclérème : autre conquête due à notre maître. Il mérite donc bien d'être considéré comme un bienfaiteur de l'humanité. Et nous avons le droit de dire, encore avec M. Huchard : « Au-dessus des inutiles conquérants, inféconds destructeurs de vies humaines, planera la grande et belle image de Celui qui a sauvé de la mort tant d'enfants et tant de femmes. »

Tarnier était un opérateur remarquable : habileté manuelle, sang-froid, présence d'esprit, il avait tout pour réussir. Quelles leçons, en le regardant faire ! Et comme on apprenait à éviter dans toute intervention la brusquerie, l'impatience et la précipitation intempestive !

Connaissant à fond toutes les difficultés de la technique, il avait été conduit à modifier certains instruments, et à en imaginer d'autres. Il était doué à cet égard d'une faculté d'invention vraiment rare. Tous les instruments des accoucheurs portent son empreinte, et on pourrait dire qu'il y a une *trousse obstétricale de Tarnier*. Son forceps, devenu classique, est répandu partout ; son embryotome rachidien est des plus ingénieux ; son basiotribe atteint la perfection même. Ajoutons encore le ballon qui provoque l'accouchement prématuré, l'écarteur qui accélère la dilatation du col, le double levier pour la dystocie du détroit supérieur, et notre énumération ne sera pas complète. Sondes intra-utérines, vaginales, urétrales, bock à injections aujourd'hui tombé dans le domaine public, hamac pour la symphyséotomie, etc., etc. tout a été examiné, contrôlé, modifié par lui. Et ce n'est là que l'arsenal actuel, journellement employé, sans préjudice de tant d'autres appareils, abandonnés par leur auteur lui-même qui les condamnait le premier quand il les jugeait insuffisants.

Dans son enseignement, Tarnier faisait preuve d'une science profonde, et d'une expérience consommée. Observateur sagace, il jugeait avec un sens clinique hors de pair, et il savait mettre en pleine lumière tout ce qui pouvait servir à l'instruction de ses auditeurs. Son but principal était d'indiquer la conduite à tenir à la fois la plus sûre et la plus commode. Dédaigneux des formules schématiques et absolues, il ne dissimulait ni les incertitudes ni les hésitations de la pratique.

Par dessus tout, il avait le souci d'allier les nécessités de l'enseignement avec la sauvegarde des malades confiés à ses soins, n'autorisant jamais quoi que ce fût de risqué ; et cependant la poursuite du progrès le hantait sans cesse. La raison la plus saine, le bon sens le plus droit, la clarté la plus limpide, telles étaient ses qualités maîtresses.

Ses écrits en portent la marque puissante. Sans compter un grand nombre de mémoires originaux dispersés dans les périodiques, il faut citer surtout le texte qui accompagne l'atlas obstétrical de Lenoir et Sée, les dernières éditions du traité de Cazeaux, longtemps classiques, le remarquable volume intitulé : « De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique », enfin le grand traité de l'art des accouchements, en collaboration d'abord avec Chantreuil, puis avec Budin, et encore en cours de publication. Le dernier tome de ce grand ouvrage préoccupait beaucoup Tarnier. Pendant les vacances dernières, sentant peut-être sa fin approcher, il y travaillait avec ardeur : il consacrait des journées entières à la rédaction d'un des plus importants chapitres, qu'il voulut finir et corriger lui-même. Il en signa le bon à tirer, trois jours avant de mourir.

Avec sa grande autorité, acquise dès son entrée à la Maternité (1867), c'est-à-dire bien avant le professorat (1884), Tarnier fut un véritable chef d'école : sur 16 accoucheurs des hôpitaux de Paris actuellement en fonctions, 11 ont été ses élèves directs soit comme internes, soit comme chefs de clinique.

Les thèses et mémoires qu'il a inspirés sont très nombreux et ont semé ses idées dans tous les pays.

Après avoir esquissé les grands traits du savant et du professeur, parlerons-nous de l'homme ? Nous n'en dirons qu'un mot : Il était bon, et on lui vouait autant d'affection que de respect.

La mort d'un tel homme ne pouvait être qu'une grande catastrophe. On déplore sa perte, irréparable pour la grande famille scientifique, comme pour la sienne propre.

Mais en cherchant par quels moyens on pourrait honorer sa mémoire, on a trouvé unanimement équitable d'élever une statue au grand homme que fut Tarnier. C'est la tâche pieuse que nous entreprenons aujourd'hui, fiers d'avoir été les élèves d'un tel maître, malheureux de l'avoir perdu ! — Demelin.

## VARIÉTÉS

### Le cheval du médecin de campagne

Par Emile Thierry,
*Vétérinaire, membre correspondant de la Société nationale d'agriculture de France et de la Société de biologie*

On peut dire, sans offenser les fidèles abonnés du *Journal des Praticiens*, ce que tout le monde sait, et que beaucoup d'entre eux, d'ailleurs, disent tout bas : « que le médecin n'est ni hippologue ni toujours hippophile ».

(1) Voici un sujet très intéressant pour les praticiens et les médecins de campagne. Nous l'avons demandé à notre distingué collaborateur M. Thierry, et la rédaction du journal tient à le remercier en son nom et au nom de ses lecteurs.

Digitized by Google

Ils sont en effet bien rares les médecins connaissant et aimant le cheval. Aussi en trouve-t-on un certain nombre aujourd'hui faisant leur apprentissage de mécanicien et attendant, non sans impatience, le moment où les perfectionnements de l'automobilisme leur permettront de se faire véhiculer mécaniquement, par monts et par vaux. Ils n'auront plus ainsi devant eux une bonne bête, machine vivante, exposée, il est vrai, aux accidents et aux maladies qui la rendent trop souvent indisponible. Ils ne courront plus le risque des dangers auxquels peut les exposer un animal peureux et capricieux, que son système nerveux rend parfois irritable ou méchant. Et pourtant, c'est si rare un mauvais cheval qu'un hippologue a pu dire : « Il n'y a pas de mauvais chevaux, il n'y a que de mauvais conducteurs. »

Il est probable qu'un long temps s'écoulera avant qu'une voiture automobile parfaite, mais sûrement plus fragile qu'un cheval, permette au médecin de campagne d'aller partout, dans les chemins difficiles, qui se rencontrent encore assez souvent. C'est pourquoi nous demandons aux Esculapes ruraux la permission de leur donner quelques indications sur le choix du cheval qui peut satisfaire à toutes les exigences d'un service fatigant de jour et de nuit.

I. — Et d'abord, une question économique se pose : Existe-t-il des situations ou des clientèles obligeant un médecin à avoir deux ou plusieurs chevaux à son service ?

Peut-être ; mais cela est bien rare. J'estime que c'est par suite d'un calcul erroné que le médecin croit faire une économie sérieuse en entretenant deux ou trois chevaux au lieu d'un seul. Un cheval peut, en général, fatiguer l'homme qu'il transporte. Je vais essayer de prouver que cette pensée n'a rien de paradoxal.

Sans doute, un cheval, faisant un service médiocre, inférieur à ce qu'il peut utilement donner sans dépasser les limites de ses forces physiologiques disponibles et de sa puissance locomotrice, s'usera moins vite et pourra par conséquent durer plus longtemps qu'un cheval auquel on demande un travail exagéré. Et encore, un cheval bien soigné et convenablement alimenté, auquel on ne demande qu'une partie de la force disponible, engraisse, devient pléthorique, lourd, se fatigue rapidement, sue beaucoup plus vite, quand, par hasard, on lui demande un effort plus considérable qu'à l'ordinaire. Ce cheval est aussi plus exposé aux maladies graves des appareils de la respiration et de la circulation ; et les exemples sont assez fréquents de ces chevaux qui succombent à des myocardites et à des artérites de toute nature. Cet animal donc, qu'on aura cru ménager, pourra ne pas durer plus longtemps que celui duquel on exige un travail normal, sinon excessif.

Entre les deux extrêmes il est un juste milieu dans lequel il est sage de se tenir.

Ceci posé, je veux démontrer qu'un seul cheval suffit le plus souvent dans une clientèle de campagne. En effet, un cheval peut faire 30 à 40 kilomètres par jour pendant l'année entière, et encore ceci n'est qu'un minimum bien inférieur à ce qu'on peut exiger. Il est, en effet, facile d'obtenir d'un cheval bien entraîné et bien nourri, des courses de 50 et même de 60 kilomètres, courses tout à fait exceptionnelles pour la journée d'un médecin, même très occupé.

La clientèle ordinaire du médecin de campagne ne s'étend, en général, que dans un rayon maximum de 10 à 12 kilomètres.

Supposons que ce médecin ait de temps en temps besoin, le même jour, aux deux points extrêmes de sa clientèle, il n'aurait parcouru, tout au plus, que 40 à 50 kilomètres. Mais cela ne se produira pas tous les jours. Si même, en temps ordinaire, on tient compte des contre-marches, des détours, des écarts obligés, le cheval aura à peine fait 30 à 35 kilomètres, qu'il peut aisément fournir chaque jour, pendant 365 jours.

Supposons encore que l'animal se trouve fatigué, qu'il ait besoin de repos, le médecin, s'il est jeune, aura sa bicyclette, s'il est vieux, il peut recourir à un *locati*, qui, en fin de compte, lui coûtera beaucoup moins cher que l'entretien de deux ou trois chevaux. Je le prouve, chiffres en mains.

Le prix moyen d'un bon cheval, propre au service d'un médecin, est d'environ 1000 fr., mettons 1200 pour la discussion et pour ne pas être taxé d'exagération dans la faiblesse de mes appréciations. L'entretien de l'animal et sa nourriture coûtent, au bas mot 600 fr. par an, 500 même, si l'on veut. Si le médecin n'a qu'un seul cheval, et qu'il exige de lui un service complet, qui hâte son usure ; à moins que le sujet ne soit tout à fait médiocre ou mauvais, il durera bien 3 ou 4 ans, mettons 3 ans seulement au bout desquels il faudra le remplacer. On le vendra toujours 200 ou 300 fr. comme rebut ; disons seulement 200. Il reste, s'il a coûté 1200 fr., la somme de 1000 fr. à répartir sur 3 années, soit 333 fr. 33 par an.

Or, si, au lieu de ce cheval unique, on en a deux, ils coûteront 1000 fr. d'entretien et de nourriture par an, soit, pour 3 ans, 3000 fr. ou 1500 fr par tête, c'est-à-dire 500 fr. de plus que ne coûterait le remplacement du cheval, usé en 3 ans, s'il avait été seul à faire le service. Croit-on aussi qu'un homme qui, indépendamment de ses visites, fait chaque jour 30 à 40 kilomètres en voiture ne se fatigue pas ?

II. — Ceci posé, le médecin ira-t-il à cheval ou en voiture ?

Quelle sorte de cheval devra-t-il choisir ?

Dans le premier cas, ce sera un amateur qui aura assez de fortune pour s'offrir un pur sang (?) avec lequel, dans les premières années de son exercice, il pourra faire des effets de torse en traversant les villages Mais aujourd'hui que les chemins sont à peu près partout praticables, le médecin se trouvera bien de faire ses courses dans une voiture, qui lui permette d'emporter avec lui le double arsenal pharmaceutique et chirurgical.

En parlant de la *sorte* je n'entends pas parler de la *race*. Et d'ailleurs, aujourd'hui, grâce à l'esprit peu pratique des officiers de haras toutes nos bonnes races françaises ont subi l'influence pernicieuse de croisements avec le pur-sang anglais et de métissages irraisonnés.

Par le mot *sorte*, je veux dire l'apparence générale plus ou moins fine et légère, plus ou moins épaisse et lourde de l'animal,

Je considère qu'il est utile pour le médecin de campagne d'avoir un cheval plutôt épais et bien musclé qu'un cheval léger et fin. Ce dernier aura sans doute plus d'innervation apparente, mais il sera plus excitable, parfois même irritable, se fatiguera et s'usera plus vite qu'un cheval plus doublé et plus fortement musclé.

Dans tous les cas, l'animal, sans caractères ethniques bien définis, devra être de taille moyenne, ni trop petit, ni trop grand. Trop petit, il pourrait n'être pas assez fort pour traîner longtemps la charge journalière ; trop grand, il serait trop lourd et fatiguerait davantage.

Qu'on me permette ici une petite digression relative à la qualité du cheval grand et du cheval moyen. Un grand cheval, pour qu'il ait de l'épaisseur peut atteindre le poids moyen de 650 à 700 kilogrammes, et plus. Or, d'après les recherches de Sanson, il est démontré qu'au pas un cheval perd, sans aucun profit, et seulement pour se transporter lui-même, environ 5 0/0 de la force

Digitized by Google

disponible et 10 0/0 de cette force à l'allure du trot. Donc, plus le cheval sera lourd, plus il se fatiguera, et moins grands seront les services qu'on pourra exiger de lui.

Le vrai bon cheval de médecin ne doit pas dépasser la taille de 1m50 à 1m55 du sol au sommet du garrot, ni le poids moyen de 500 kilogrammes. Avec un tel cheval on peut tout affronter.

III. — Quand on a trouvé le cheval convenable comme taille et comme poids, il faut encore être fixé sur l'âge, étant donné qu'un cheval a d'autant plus de valeur intrinsèque et commerciale qu'il s'éloigne moins de l'âge adulte de 5 ou 6 ans.

Avant l'âge de 5 ans, un cheval ne peut donner qu'un service irrégulier, en tout cas insuffisant. L'animal, aussi bon qu'il soit, est sous l'empire d'un travail physiologique qui siège particulièrement aux extrémités osseuses pour opérer les soudures épiphysaires. Il peut être par conséquent rendu indisponible pas des boiteries sans siège déterminé, diminuant ou augmentant sous l'influence du repos et de la fatigue.

L'animal devra donc avoir, au moins 5 ans, et plutôt 6 à 7 ans. A ces derniers âges, on ne risque plus rien et l'on a toutes les chances possibles d'avoir un bon serviteur.

Au delà de 7 ans, et surtout à partir de 8 ans environ, un cheval perd généralement 5, 10, 15 0/0 de sa valeur commerciale, ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse avoir un excellent cheval de 9, 10, 12 et même 15 ans. Mais alors il faut le payer en conséquence, et ne pas compter sur un grand nombre d'années de service.

IV. — Quelle sera la robe, c'est-à-dire la couleur des poils du sujet ?

D'une manière générale, je conseillerai les robes foncées : baie, noire ou alezane, de préférence aux robes claires.

On a raison, néanmoins, de dire : « Il y a de bons chevaux de tout poil ». Les robes claires sont seulement plus salissantes, plus difficiles à entretenir propres que les autres.

Si on peut accepter un cheval aubère (poils rouges et blancs mélangés), un cheval rouan (poils rouges et blancs sur le tronc avec les crins et les extrémités noirs) il faut rejeter les chevaux blancs et les gris clair. Cette robe grise (mélange de poils noirs et blancs) devient de plus en plus blanche, à mesure que l'animal vieillit. Elle est souvent tachée par les harnais et la litière, et, de plus, au printemps et à l'automne, au moment de la double mue annuelle, les vêtements des personnes qui se trouvent dans la voiture sont couverts de poils blancs, ce qui est toujours désagréable.

V. — Choisira-t-on un cheval entier, un cheval hongre (émasculé) ou une jument ?

Il s'agit ici d'une question de rendement comparatif. La jument, plus douce que le cheval entier, est toujours, à qualités égales, plus irritable que le cheval hongre. Elle est, en outre assez fréquemment, et particulièrement au printemps, de février à juin ou juillet, sous le coup de l'instinct génésique, qui la rend difficile, et, quelquefois, méchante et dangereuse.

De plus, le médecin peut être obligé, par suite de nécessités professionnelles de dételer son cheval en route, il ne pourra pas placer sa jument partout. Il est, en effet, des localités où l'on ne rencontre que des chevaux entiers, près desquels on ne peut, sans risque sérieux ou même sans danger, placer une jument.

Par contre, il existe des pays où toute la population chevaline est exclusivement composée de juments : autre difficulté pour loger un cheval entier.

Moins encore que la jument, le cheval entier ne peut être l'animal du médecin à la campagne. A taille et à force égales, en apparence, le rendement utile d'un cheval entier est inférieur à celui du cheval hongre. Plus que celui-ci, il est exposé aux maladies, aux accidents, et, en particulier, à la hernie inguinale étranglée, dont, et pour raison anatomique, jamais un cheval hongre ne peut être atteint. L'influence du testicule se fait sentir sur tout l'organisme, qui devient plus irritable. L'animal non émasculé, est toujours en mouvement, toujours agité, perd ainsi une partie de la force disponible. D'autre part, enfin, le testicule est un organe qui consomme et qu'il faut alimenter. Le cheval entier consomme donc plus, à puissance et à poids égaux, que le cheval hongre et que la jument, et il est plus facile à détériorer. Nous n'avons plus besoin maintenant de dire pourquoi, à tous égards, nous préférons, comme animal de service, le cheval hongre à la jument et au cheval entier : rendement effectif plus considérable ; animal moins coûteux à nourrir et à entretenir, moins exposé aux accidents et aux maladies, enfin moins dangereux à employer que les deux autres. *(A suivre.)*

## Nomination de M. le Professeur Pouchet

Hier, l'Académie de médecine, par 64 voix sur 79 votants, accueillait M. le professeur G. Pouchet dans son sein. La rédaction du *Journal des Praticiens* tient à adresser toutes ses félicitations à M. le prof. Pouchet, pour cette nomination si justement méritée, et certainement nos lecteurs, se souvenant des excellentes leçons du professeur que nous avons publiées, se joindront à nous dans l'expression de nos témoignages de sympathie.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité d'anatomie humaine**, publié sous la direction de M. Paul Poirier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. — Viennent de paraître : tome II (3e fascicule), *Angiologie*. Capillaires, par P. Jacques ; veines, par A. Charpy. — Tome IV (2e fascicule), *Appareil respiratoire*. Larynx, trachée, poumons, plèvres, par A. Nicolas ; thyroïde, thymus, par Ch. Simon, chef des travaux à la Faculté de Nancy. — Masson, éditeur.

Excellente publication, déjà dans les mains de tous les étudiants en médecine, qui en attendent avec impatience la fin. Nous ne saurions trop féliciter M. Poirier et ses collaborateurs de la continuer avec tant de zèle et de savoir.

**Toxicologie africaine**, par le Dr A.-T. de Rochebrune, assistant au Muséum, etc., précédé d'une préface par M. le professeur Brouardel. 4e fascicule. — Doin, éditeur.

Le 4e fascicule de cette importante publication, dont, à plusieurs reprises déjà, nous avons fait l'éloge, continue l'étude de la famille des rosacées.

C'est toujours avec le même intérêt qu'on lira ce fascicule, car il y a des pages d'historique qui ne manquent pas d'un certain charme. Si tout n'est pas de la pratique pure, on est largement dédommagé par le caractère à la fois scientifique et littéraire de cette étude, pour laquelle, une fois de plus, nous adressons nos compliments à M. de Rochebrune. — M. D.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard

**Sanatoria, stations d'hiver et d'altitude. Stations hydrominérales.**

*Les sanatoria sont-ils préférables, pour le traitement des tuberculeux, au séjour dans les stations hivernales du Midi?*

*Peut-on envoyer les cardiopathes aux eaux minérales, et où doit-on les envoyer?*

Voilà deux questions que vous m'avez souvent prié de résoudre devant vous, et je n'ai pas hésité à consacrer l'une de mes leçons à ce sujet important de pratique et d'actualité. Mon opinion, vous le savez déjà, est diamétralement opposée à celle qui semble avoir cours aujourd'hui, et je n'ignore pas que je vais me heurter à de grands intérêts dont l'âpreté pardonne difficilement une intervention un peu inopportune pour eux. N'importe ; la vérité avant tout. Je vous la dois, je vous la dirai tout entière, dans votre intérêt et surtout dans l'intérêt des malades.

I

Au Congrès récent de Moscou, les médecins les plus connus de l'Allemagne, Leyden, Ziemssen, Gerhardt, Senator, s'étaient donné un patriotique rendez-vous pour venir démontrer l'inutilité de l'expatriation des malades vers les climats meilleurs et la supériorité, dans le traitement de la tuberculose, des sanatoria allemands.

Ainsi, comme il fallait du nouveau, comme il importait, au nom de la science, de servir les intérêts d'un pays mal favorisé par le climat, tout a été bouleversé dans le traitement de la bacillose : le sanatorium est devenu l'arche sainte à laquelle on ne touche pas sans sacrilège, et quelques auteurs français épris de science étrangère, ont écrit que « la surveillance ne peut être rigoureuse et efficace que dans les établissements fermés. » S'il ne s'agit que de cela, avouez que l'avantage est de médiocre importance, si on le compare aux inconvénients des sanatoria établis sans souci du climat, et que cette « surveillance » est facile, puisqu'elle est l'œuvre du médecin, puisqu'elle peut être ainsi partout « efficace et rigoureuse. »

Tout est changé : L'air, la lumière, le soleil, la beauté de la nature et la sérénité du ciel, la constitution et la fécondité du sol, l'état hygrométrique de l'air et la pression barométrique, le climat en un mot, et le *milieu moral* dans lequel doit vivre le phtisique, tout cela ne sert plus à rien et n'est plus de mode ; seul, le séjour des pauvres malades dans les sanatoria, sous la haute surveillance de la police hygiénique de quelques médecins, est capable de les guérir ou de conjurer le fléau. Au nom de la contagion, vous déclarez que les stations hivernales du Midi sont infectées, et sans souci de cette contagion vous réunissez les malades, vous les agglomérez les uns avec les autres dans des endroits fermés ! Je ne comprends plus..., ou je comprends trop.

Personne, ce jour-là, ne s'est levé pour protester contre ces singulières conclusions. Je me trompe. Deux médecins français, MM. Bourcart (de Cannes) et Vivant (de Monte-Carlo) ont rédigé à la hâte, le soir même de ces communications, une note qu'ils ont lue dès le lendemain au Congrès de Moscou, et comme aucun journal français n'en a fait mention, sans doute parce que leurs idées « ne révolutionnaient pas la science », ainsi qu'on le dit couramment, c'est dans une feuille anglaise du mois d'octobre dernier (*Scottish medical and surgical* d'Edimbourg) que je l'ai seulement trouvée. Je m'excuse d'en parler un peu tardivement, et seulement d'après un journal étranger.

Nos distingués compatriotes, que nous tenons à féliciter de n'avoir point suivi le long troupeau de Panurge, ont appelé l'attention sur l'omission faite par leurs confrères allemands, de « l'influence bienfaisante des radiations lumineuses et de l'aération plus complète que l'on trouve plus aisément dans les contrées ensoleillées que dans les régions nuageuses du centre de l'Europe ». Ils ont démontré, une fois de plus, que jusqu'au jour où le traitement spécifique de la bacillose aura été vraiment découvert, l'agent thérapeutique le plus puissant, capable d'agir contre le bacille, est l'hygiène avec le traitement climatérique, constitué principalement par l'air, la lumière et le soleil, celui-ci étant un agent de désinfection de premier ordre par son action destructive sur les germes pathogènes. Ils ont dit que « la lumière directe ou diffuse a une action utile sur l'organisme humain, comme sur les plantes. » Ils auraient pu rappeler, à ce sujet, les expériences de Milne-Edwards, celles de Fubini et Benedicenti établissant que la seule lumière accroit le chimisme respiratoire, même chez les animaux hibernants en pleine léthargie. Enfin, ils ont terminé par cette judicieuse conclusion : « Les vrais hygiénistes, ceux qui savent régler chaque instant de la journée de leurs malades, obtiennent et obtiendront encore des résultats meilleurs dans les pays du soleil que dans les contrées où ils ont à compter avec les nuages, les brouillards ou les vents froids du Nord. »

Tout cela, me direz-vous, n'est pas nouveau, tout cela est connu depuis longtemps et n'a plus besoin de démonstration. Vous vous trompez. Dans le perpétuel recommencement de la science, c'est ce qui est ancien qui redevient nouveau..., et je vais maintenant vous dire pourquoi, en m'appuyant sur l'expérience, sur l'observation des faits et sur le raisonnement, je suis l'adversaire déclaré d'une thérapeutique plus intéressée qu'intéressante, qui tendrait à prévaloir contre les malades et contre notre pays, si nous n'y prenions garde.

***

Dans un rapport adressé au comité d'hygiène de France (8 avril 1895), mon collègue Netter, prenant la défense des sanatoria, s'exprime ainsi : « Tout phtisique traité

Digitized by Google

dans un sanatorium est un malade isolé, et l'isolement n'est-il pas le plus ancien et le plus efficace de nos moyens de défense contre les maladies contagieuses? » Parfaitement; mais je remarque que vous faites jouer un rôle trop grand à la contagion, et je vous dis avec Malibran, auteur d'un travail récent et très instructif sur « *Menton, station d'hiver* » : Ce phtisique isolé des gens bien portants, vous le rapprochez des autres phtisiques, et il peut devenir dangereux pour ces derniers, comme ceux-ci le sont pour lui-même ». La contagion est à craindre pour les tuberculeux ou les tuberculisables, elle ne l'est pas heureusement pour tous les humains, il faut pour cela une certaine prédisposition, un principe d'hérédité que vous avez tort de négliger, la contagiosité de la maladie n'ayant pas, hélas, effacé son hérédité, et la vieille histoire de la « graine et du terrain » restant toujours vraie.

Je ne vois pas ce que les phtisiques peuvent gagner dans les sanatoria *allemands* où l'altitude ne joue aucun rôle, où la température est inclémente, où le climat est instable, où l'air est moins pur qu'aux Alpes, aux Pyrénées et sur les côtes de l'Océan ou de la Méditerranée; et s'il est vrai, comme le dit P. Regnard dans son livre récent sur les cures d'altitude, que « le traitement des sanatoria consiste dans des mesures hygiéniques et une alimentation surabondante », je me demande en quoi ces mesures hygiéniques et cette alimentation sont spéciales à un pays, et s'il est besoin d'aller si loin pour les chercher et les trouver.

Vous proclamez « qu'il n'existe pas de climat réellement curateur de la phtisie ». Nous le savions. Mais, je m'adresse à la bonne foi de tous, et je demande si les climats de la Côte d'azur, ceux du golfe de Gascogne et des Pyrénées ne sont pas plus actifs, plus favorables, plus vivifiants que dans l'aride Silésie ou la froide forêt Noire où vous avez établi quelques-uns de vos sanatoria. Si l'on me contredit à ce point de vue, j'avoue n'avoir point à donner la réplique. En science, on ne répond pas à des arguments extra-scientifiques.

Quant aux « sanatoria d'altitude », ils ont leur raison d'être; depuis qu'il a été démontré par Jourdanet, dès 1861, que sur les hauts plateaux du Mexique et sur celui d'Anahuac en particulier la phtisie est inconnue, que la même remarque a été faite par Guilbert en 1862 pour les Cordillières et les Andes, puis pour les hautes régions de l'Abyssinie, du Thibet et de l'Himalaya, enfin qu'aux Etats-Unis dans les régions au-dessus de 1700 à 2300 mètres, la mortalité par la phtisie est de 2,82 à 10 p. 100 décès, tandis qu'elle est de 20 à 25 pour les régions basses; depuis que les expériences bactériologiques ont établi l'absence presque complète de germes pathogènes au-dessus de 1200 mètres. A ce compte, la station de *Davos* (1558 mètres) et surtout celle de *Leysin* (1450 mètres) plus proche de la France, sont recommandées, surtout parce qu'elles sont protégées contre le vent, l'ennemi du tuberculeux, par la montagne et les forêts de sapins.

Mais, voici déjà une objection : L'immunité pour une maladie n'est pas synonyme de curabilité, et sur le terrain même de vos théories, je dirai que l'air pur des montagnes que vous avez du reste déjà singulièrement contaminé, n'empêche pas, à lui seul, l'infection de poursuivre son œuvre dans l'organisme déjà infecté. « Les phtisiques — dit Bouchard — n'ont plus rien à attendre de l'immunité des lieux; ils sont déjà contaminés. » J'ajoute que cette immunité des lieux n'est pas synonyme d'immunité des hommes. Ainsi que l'écrit Pujade (d'Amélie-les-Bains), l'immunité que semblent posséder les habitants des hautes altitudes vis-à-vis de la phtisie, ne saurait être invoquée comme un argument absolu en faveur de l'action préventive, ni surtout curative du séjour des hautes régions pour les tuberculeux *venus d'ailleurs*. D'une autre part, il y a une *hérédité de race* que vous avez tort de passer encore sous silence au profit de la contagion, parce que celle ci sert en apparence beaucoup mieux les intérêts des sanatoria. Ce que Lombard affirmait autrefois n'a pas cessé d'être vrai : « L'immunité résulte, chez les montagnards, de l'effet séculaire de leur climat qui, peu à peu, a constitué une hérédité et une *race* qui porte l'immunité en elle; le nouveau venu ne saurait en profiter immédiatement, surtout s'il apporte avec lui, non seulement la diathèse, mais encore la localisation en pleine évolution. »

Méditez bien ces paroles, messieurs, et vous préférerez avec Pujade, aux pays de montagnes *froid*, les pays de montagnes *chaud* qui n'exposent pas aux bronchites, aux pleuro-pneumonies intercurrentes, qui sont moins capables de changer une phtisie torpide en phtisie éréthique ou fébrile. C'est ainsi que Malibran raconte avoir vu dans deux circonstances (et l'on peut multiplier les cas) des tuberculeux fébriles venus de Falkenstein et de Davos, devenir apyrétiques, quelques jours après leur arrivée à Menton. Je sais que vous affirmez le contraire; mais, une affirmation n'a jamais été une démonstration.

Dans cette partie du département des Pyrénées-Orientales qu'on appelle la *Cerdagne française*, où se trouvent de si nombreuses eaux minérales d'une action puissante, d'admirables pays d'altitude que j'espère vous faire connaître plus tard, vous avez pour les phtisiques une station qu'on aurait tort de délaisser, je veux parler d'*Amélie-les-Bains*, et elle joint à des propriétés climatériques remarquables, l'inappréciable avantage de pouvoir servir de cure hydro-minérale pendant l'hiver, et d'être proche du sanatorium du Canigou. « Amélie-les-Bains, dit N. Gueneau de Mussy, se recommande aux médecins à beaucoup de titres, entre autres, par l'abondance et la haute thermalité de ses nombreuses sources sulfureuses, abondance telle qu'une seule d'entre elles, le grand Escadaldou, fournit plus d'eau que toutes les sources de Luchon réunies. L'air y est chaud, un peu vif, on y sent le

Digitized by Google

voisinage du littoral qui en est pourtant à plus de treize lieues... ». Près d'Amélie se trouve le village de *Palalda*, mieux abrité encore, dans un site charmant, où l'on devrait construire de nombreuses habitations pour les malades.

Dans les Pyrénées encore et dans nos Alpes, si l'on voulait aménager convenablement leurs belles stations, vous n'auriez que l'embarras du choix, comme je l'ai démontré, il y a quelques mois dans le *Journal des Praticiens* (Les cures d'altitude pendant l'été en France, n° 29, page 457), et aux stations nombreuses que j'ai énumérées, appartenant aux climats d'altitude moyenne, il convient d'ajouter : *Saint-Gervais* (875 m.), proche de *Chamonix*, dominé par le grandiose massif du Mont-Blanc ; *Gréoulx* (350 m.), dans les Basses-Alpes ; *Grasse* (330 m.), dans les Alpes-Maritimes.

Le pouvoir préservateur d'un climat n'est pas toujours en raison directe de l'élévation de la température, et il y a longtemps que Fonssagrives a écrit : « La formule de la recherche d'un climat pour les phtisiques, se résume à peu près dans ce seul mot : la stabilité thermique. » Ajoutez-y encore la stabilité hygrométrique dont jouissent le plus souvent les climats marins, et c'est pour cette raison que *Biarritz* et surtout *Arcachon* sont des plus recommandables.

Sur le littoral méditerranéen, *Cannes* et le *Canet*, *Antibes*, *Villefranche*, *Hyères* et *Costebelle*, *Nice* (à la condition de s'éloigner un peu de la mer à Carabacel et à Cimiez), *Beaulieu*, *Saint-Raphaël*, *Monte-Carlo*, *Menton*, *Alger*, s'offrent à votre choix. Nous avons encore *Ajaccio* avec son golfe peut-être plus beau que celui de Naples, que j'ai vu comme presque toutes les contrées que je vous énumère, et dont le climat, à la fois sédatif et tonique, « mériterait d'être mieux connu et plus exploité », comme le dit Hayem, et comme le démontre P. Pompéani dans un travail récent. Vos malades trouveront dans toutes ces stations cet air pur qui est non seulement le premier des aliments *(pabulum vitæ)*, mais aussi le premier des médiments pour les phtisiques.

Dans le choix d'une station hivernale, acceptez de préférence un climat qui se recommande par les qualités suivantes : Stabilité thermique, barométrique et hygrométrique ; chaleur tempérée, absence de vents surtout continentaux, sol perméable, voisinage de forêts de sapins, ces véritables et vastes « goudronnières naturelles ». Les terrains sablonneux, parce qu'ils sont perméables et secs, sont excellents, et l'on sait depuis Bowditch et Buchanam, que l'habitation sur un sol humide prédispose à la tuberculose. En Angleterre, comme Lebert et Damaschino l'ont fait remarquer, le chiffre des phtisiques a diminué dans les villes où le sol primitivement humide a été asséché par le drainage.

La plupart des stations que je vous ai énumérées sont situées non loin de la mer. C'est là un avantage sur lequel insiste F. Lalesque, dans son remarquable ouvrage sur la *Cure marine de la phtisie pulmonaire* (1897), et il a raison d'affirmer que « le climat marin, par les qualités inhérentes à sa pureté biologique et à sa richesse en oxygène, est à la fois *tonique* et *aseptique*. »

L'air pur et à peine contaminé par les germes pathogènes se trouve à la montagne, à la mer et aux déserts ; mais pour la pureté absolue, Lindsay a pu dire, que « la mer prime tout ». Là, vous avez une pression barométrique toujours élevée, ce qui fait de l'air marin, « un air naturellement comprimé » (Peter) ; son action sédative s'exerce sur la respiration et sur le cœur qu'il ralentit, tandis que les trop hautes altitudes excitent les fonctions respiratoires et circulatoires. Vous avez un air humide qui, loin de refroidir l'arbre bronchique, réduit l'évaporation pulmonaire au minimum, diminue la viscosité des crachats et la toux, facilite l'expectoration et « calme l'insomnie en détendant le système nerveux des malades un peu surexcités ». Un air trop sec produit des effets contraires. Mais, F. Lalesque fait une distinction entre le littoral *méditerranéen* qui est un climat « continental », comme l'a dit E. Reclus, et le climat *atlantique* du golfe de Gascogne qui serait réellement un climat marin. Contrairement à l'opinion commune, l'un serait excitant et tonique ; l'autre, sédatif et tonique.

Quoiqu'il en soit, les stations hivernales de France, baignées par le soleil et vivifiées par un air pur, sont protégées contre les vents par les montagnes et les bois de sapins. Ceux-ci font office de « serres chaudes » puisqu'ils conservent et uniformisent le calorique du jour et de la nuit, puisque le pin agit non seulement sur l'humidité de l'air, mais aussi sur celle du terrain, la puissante racine pivotante de cet arbre devenant un agent de drainage du sol (Lalesque). Ainsi, comme le dit encore ce dernier auteur, les forêts de pins sont des agents préservateurs des vents, régulateurs de la température et de l'humidité, purificateurs de l'air ; ils assainissent le sol et ils sont enfin des agents curateurs par l'atmosphère résineuse dont ils enveloppent les malades. Ce qui le prouve, c'est que les résiniers (ouvriers commis à l'exploitation des pins) deviennent rarement tuberculeux, malgré leur déplorable hygiène.

La ville de *Pau* dont le « climat bromuré » (ainsi que l'appelle Valéry Meunier), est remarquable contre les phtisies congestives, éréthiques et fébriles, tire encore un de ses principaux avantages des émanations résineuses venues des forêts des Landes, émanations se faisant sentir surtout à *Dax* où l'on respire un air tempéré, mais humide en raison des eaux chaudes (31° à 61°).

Ainsi donc, en France, nous avons tout : l'air pur, la lumière, le soleil, les forêts de pins, la montagne et les climats d'altitude, la mer..., et puisqu'on tient à un mot nouveau, nous avons un vaste et superbe « sanatorium » étendu du golfe de Gascogne aux belles Pyrénées, à la Côte d'azur et aux Alpes grandioses, où les malades

Digitized by Google

jouissent en liberté d'une aération plus complète, d'une température plus clémente, d'une plus éclatante lumière, que ces sanataria installés jusque dans la froide Silésie, véritables postes avancés de médecine vers la Russie...

Je m'adresse maintenant aux auteurs très habiles des communications au Congrès de Moscou :

Vous avez parlé de « l'engouement pour certaines stations thermales », voulant par là faire croire que tout ce que l'on a écrit depuis Bordeu, depuis plus d'un siècle, sur l'action des eaux sulfureuses ou encore sur celle des eaux arsenicales, est frappé de nullité, que toutes les améliorations ou guérisons obtenues par elles, sont illusoires. Or, cette insinuation, contraire à l'observation des faits et à la science, a sa raison d'être..., dans la pauvreté de certains pays en eaux sulfureuses et arsenicales.

Vous condamnez « les climats chauds qui offrent le grand inconvénient d'un changement de vie trop considérable pour permettre aux malades de revenir sans danger dans leur climat d'origine », et cette affirmation que l'on peut vous retourner à propos des sanatoria, s'explique par votre richesse incontestable, en contrées tristes, froides et arides.

Vous exaltez les mérites de ce que vous appelez exagérément la « méthode de traitement de Brehmer », et je demande si tous les éléments de cette méthode : « l'aération sous toutes ses formes, l'alimentation riche et fortifiante, l'hydrothérapie et les exercices physiques, une médication simplement tonique, la discipline hygiénique et médicamenteuse », je demande si tout cela est l'apanage d'un pays et l'œuvre exclusive de quelques médecins privilégiés ? Je demande encore, avec M. Vivant (de Monte-Carlo) si, en apportant dans le choix de la villa ou de l'appartement occupés par les malades, toutes les précautions nécessaires (orientation, direction des vents, etc.), si en leur donnant une bonne alimentation, en pratiquant rigoureusement la destruction des crachats et la désinfection de tout ce qui sert ou a servi aux patients, en leur imposant toutes les pratiques hygiéniques et en réglant leurs journées dans les plus petits détails, je demande encore une fois, où est la supériorité des sanatoria, qui ne sont chez vous, comme on vous l'a entendu dire, que des maisons de discipline hygiénique..., ou quelque chose de plus.

Je ne vous demande pas dans quel but Beneke a entrepris de fonder naguère un sanatorium dans la mer du Nord, à l'île de Nordersey, non loin de contrées marécageuses et malsaines. L'immunité phtisique peut y régner comme en Islande, en Laponie, au Spitzberg, et sûrement au pôle Nord. Les pauvres et crédules malades n'y mouraient jamais de phtisie, c'est entendu ; ils ne mouraient que du froid, chose très consolante. Et voilà où mènent les théories ébauchées dans les régions nuageuses où la pratique médicale ne devient plus un vain mot ! Si Montaigne pouvait revivre, il dirait encore que certaines médecines ne sont bonnes qu'à « rendre la santé malade. »

Vous parlez avec une certaine affectation de dédain, de nos climats « chauds et secs », et avec une incrédulité feinte, des améliorations considérables, ou même des guérisons obtenues dans nos stations hivernales ? Je réponds par l'exemple de Henri Bennet qui, devenu tuberculeux à Londres, partit en 1869 pour Menton où il trouva la guérison. Lisez encore et méditez l'observation si instructive et si touchante de Daremberg, dans son remarquable livre sur le *Traitement de phtisie pulmonaire* (1892).

« En 1876, apres avoir passé plusieurs mois entre les quatre murs d'un petit appartement de Paris, j'arrivai sur la côte française de la Méditerranée, et d'après les conseils d'Henri Bennet, je m'étendis tout le jour au soleil ; la nuit, je laissai ma fenêtre entr'ouverte ; je m'alimentai bien, je bus beaucoup d'huile de foie de morue. Je commençai à ne plus désespérer, et j'aperçus ces lueurs d'espoir qui réchauffent le cœur du malade comme le font les feux fugitifs du soleil couchant... Puis, les forces revinrent, je pus marcher, faire quelques petites promenades, passer de bonnes nuits, reprendre un peu de goût à l'existence. Je ne trouvais déjà plus que le soleil de ma vie se couchait ; je le voyais se lever chaque matin avec bonheur et chaque jour trop peu de temps pour me permettre de jouir à loisir de l'air pur, de la vive lumière, de la mer bleue, du ciel, de la terre, de tout !... Cette vie dans l'air pur, nuit et jour, réveille l'appétit, améliore la digestion, supprime les quintes de toux, facilite l'expectoration et les mouvements respiratoires, invite au sommeil calme. »

Voilà ce que l'on trouve dans nos stations du Midi : la guérison et la vie.

Mais, n'allez pas croire, messieurs, que je suis l'ennemi absolu des sanatoria. J'en suis au contraire partisan, mais dans des conditions climatériques bien déterminées, et à ce sujet, je vous rappelle la phrase de Daremberg : « Les résidences favorables aux phtisiques doivent être baignées de soleil en hiver, et protégées du soleil en été. » Aussi, comme les grandes chaleurs sont presque aussi nuisibles aux phtisiques que les brouillards et les froids humides de la Silésie par exemple, je déplore que pendant l'été, on renvoie ces malades dans leurs pays où ils perdent l'habitude des soins hygiéniques, et qu'on ne crée pas sur la montagne voisine et non loin de la mer, des établissements où ils seraient reçus pendant la belle saison et où ils pourraient réellement vivre au grand air, la nuit comme le jour. Cela serait si facile cependant, et cela est déjà réalisé en partie pour *Amélie-les-Bains*, « cette perle enchassée dans les Pyrénées » (comme le dit Van Merris dans un travail récent) où l'on trouve dans son voisinage, le sanatorium du Canigou. J'ajoute que cela est encore en train de se réaliser pour le sanatorium de *Durtol*, dans l'Auvergne, sous l'habile direction de Sabourin, et qu'il existe un vaste sanatorium *libre* dans cette longue contrée étendue de l'embouchure

Digitized by Google

de la Gironde à celle de l'Adour, purifiée d'un côté par l'air marin aux chaudes effluves venues des mers tropicales, abritée d'un autre côté par de hautes dunes avec une vaste forêt de pins mesurant près de cent mille hectares.

Nous ne connaissons pas nos richesses, ou nous ne savons pas les faire valoir.

Voilà donc résolue la question que vous me posiez. Aux sanatoria dans les pays où l'air, la lumière et le soleil sont parcimonieusement répandus, je préfère les sanatoria, ou même le simple séjour dans les contrées du midi où « l'espérance de guérir est déjà la moitié de la guérison », comme l'a dit Voltaire; et cette espérance vient déjà si aisément dans un *milieu moral* favorisé par la lumière, le soleil et le ciel bleu! C'est toujours là qu'il faut envoyer vos malades, en leur prescrivant une hygiène rigoureuse et inflexible, une discipline thérapeutique dont ils ne doivent jamais s'écarter, et c'est là, sur la côte du golfe de Gascogne, aux bords de la Méditerranée, dans les Pyrénées et sur nos Alpes, qu'il faudra fonder des sanatoria, si l'on y tient réellement.

Ne vous laissez pas influencer par les statistiques auxquelles on fait dire ce que l'on veut. Rappelez-vous que le plus souvent dans les sanatoria fermés, on refuse impitoyablement les malades avancés et incurables qui viennent quand même dans nos stations hivernales. Ces phtisiques *in extremis* laissent alors comme seul souvenir de leur passage, les pierres tumulaires qu'a osé citer au dernier Congrès de Moscou un admirateur passionné et intéressé des sanatoria du centre de l'Europe!

II

Avant de répondre à la seconde question que vous m'avez posée, relativement à l'emploi des eaux minérales dans le traitement des cardiopathies, je dois vous dire quelques mots de la cure de terrains (*terrains-kurorte*), imaginée par les Allemands, et qui devait naturellement se terminer par la fondation d'établissements spéciaux, comme s'il n'y avait pas un peu partout des terrains en pente et des médecins capables de diriger le traitement.

Le propagateur de cette méthode thérapeutique, Œrtel, n'a fait que rééditer quelques principes nettement établis par Corvisart, Stokes, Corrigan et Dancel, et il a proclamé des succès thérapeutiques « ayant la netteté d'expériences physiologiques ». J'ai déjà dit et écrit que ces succès ont été fort exagérés, et même en Allemagne, Fraentzel a sans le vouloir, sévèrement condamné cette médication au moyen d'arguments que l'on peut traduire ainsi : mauvaise pour les affections valvulaires à la période de décompensation, bonne pour les affections valvulaires compensées. Alors, en quoi une méthode qui a la prétention de compenser une lésion cardiaque, peut elle être utile quand celle-ci est compensée; et comment la diététique du médecin bavarois consistant dans l'abstinence presque complète des boissons, peut-elle aboutir à un paradoxe physiologique, l'augmentation de la diurèse ? J'ai déjà démontré à plusieurs reprises (*Traité des maladies du cœur* 1889 et 1893, *Traité de thérapeutique appliquée* fasc. X, 1896), que cette médication qui nous promet une hypertrophie thérapeutique (l'ancienne hypertrophie providentielle de Beau), nous donne souvent la dilatation du cœur.

Alors, comme il fallait pour les affections du cœur d'autres établissements que ceux des *terrains-kurorte* un peu tombés en désuétude, on en vint à proclamer la « guérison » des maladies de cœur et de l'angine de poitrine par certaines eaux minérales. Beneke et les deux frères Schott vantèrent tout à coup dans cet ordre d'affections, les eaux de *Nauheim* (chlorurées-sodiques et bromo-iodurées) que l'on croyait jusqu'alors seulement utiles pour les affections scrofuleuses ou syphilitiques, et que naguère Durand-Fardel regardait comme nuisibles au fonctionnement circulatoire.

Sous l'influence d'un traitement très complexe, il paraît qu'on obtient les résultats suivants : ralentissement et augmentation d'amplitude du pouls, réduction de la cardiectasie, prolongation de la diastole et renforcement de la systole, « résorption des exsudats valvulaires », atténuation et même guérison de l'angine de poitrine! Non contents de ces résultats annoncés, et estimant très judicieusement que leurs bains et leurs eaux ne peuvent à elles seules tenir toutes ces promesses, les médecins de cette station joignent à la balnéothérapie, le massage et la gymnastique suédoise, pratiques auxquelles, il faut bien le dire, les améliorations doivent être en grande partie attribuées.

Tel est le bilan des grandes promesses ! Il n'égale pas celui des succès réellement obtenus, et la discorde scientifique a longtemps régné au camp des médecins de la station hydro-minérale, bonne à tout faire. Les bains « salés gazeux » agissent-ils comme sédatifs du cœur, ainsi que l'a cru Beneke, ou à titre de cardio-toniques comme le proclament les frères Schott ? Sans doute, la composition de ces eaux en acide carbonique et en chlorure de sodium autorise les deux affirmations contraires ; mais il serait désirable que l'accord se fit, à moins que l'action thérapeutique de certaines eaux minérales change avec l'intérêt du jour, avec la doctrine du moment, demandant aujourd'hui une médication qui serait celle de l'opium du cœur, et demain une autre qui en serait le quinquina; à moins que soit vraie cette affirmation récente de Byrom-Bramwell (d'Edimbourg) : « Je pense qu'une bonne part des succès obtenus dans cette station balnéaire s'explique par le fait qu'il s'agit de *faux* cardiaques ». Voilà le nœud de la question, et dès 1889, dans la première édition du *Traité des maladies de cœur et des vaisseaux*, je m'exprimais ainsi :

« J'ai vu des malades guéris à Nauheim ; mais il s'agissait de *pseudo*-angines dont le diagnostic exact n'avait pas été établi et qui auraient guéri par toute autre médication.

Digitized by Google

J'ai encore vu un angineux vrai qui a singulièrement résisté à une sorte de suggestion thérapeutique exercée sur lui et qui est revenu en France dans un état d'aggravation considérable produite par ces eaux. Ma conclusion est donc la suivante ; Je ne connais pas et je crois qu'il n'existe pas une eau minérale capable d'améliorer ou de guérir une angine de poitrine coronarienne. »

N'oubliez pas que le cœur, ce laborieux et noble ouvrier de la vie, ressent souvent le contre-coup de réflexes viscéraux et d'émotions, que souvent encore il pousse le cri de la souffrance venue d'autres oganes ; de sorte qu'on ne compte plus le nombre des *pseudo*-cardiaques, des malades qui, faisant de la dyspepsie sans le savoir, comme autrefois M. Jourdain pour la prose, viennent sans cesse se plaindre de leur cœur. Eh bien, ces malades, si Bourbon-Lancy peut encore les accepter quand ils sont des neuro-arthritiques, Nauheim a le strict devoir de les bannir ; et que de nerveux et de dyspeptiques, faux cardiopathes, j'ai vu ainsi guérir, les uns à *Néris*, comme de Ranse l'a démontré pour les pseudo-angines de poitrine ; les autres à *Pougues* dont Bovet a confirmé, une fois de plus il y a sept ans, l'action eupeptique et même reconstituante par une véritable cure d'air, encore mal utilisée, sur le « Mont-Givre » dominant, à 400 mètres d'altitude, la belle vallée de la Loire ! — La maladie est aux nerfs ou à l'estomac ; la souffrance, au cœur.

Il faut donc le proclamer bien haut : Quand des médecins annoncent des « guérisons » de cardiopathies confirmées (cardiopathies valvulaires ou artérielles) par l'emploi d'eaux minérales ou par tout autre moyen, *ils se trompent ou ils vous trompent*.

On ne guérit pas une affection du cœur, on l'améliore, on la prolonge. Mais il n'est pas de maladie chronique où grâce à l'intervention de l'hygiène, d'agents physiques et médicamenteux, on puisse retarder aussi longtemps l'échéance fatale, comme Laënnec l'avait fait autrefois remarquer.

En Allemagne, on en vint à exhumer une nouvelle maladie, la dilatation du cœur. Elle aura le sort de l'ancienne hypertrophie idiopathique, puisque la cardiectasie n'est qu'un effet, qu'une complication d'états morbides très divers. Le volume du cœur est sujet à d'assez grandes variations : dans les névroses comme vient de le démontrer Mme Tatiane Pokryschine dans sa thèse récente (1897), dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, dans les dyspepsies, dans les divers et nombreux troubles de la fonction hépatique, à l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac..., ce qui fait de cette cardiectasie une ressource très précieuse. On percute, on mesure le cœur, on trace des lignes sur la région précordiale, tous les jours on constate un retrait de l'organe en millimètres ou en centimètres ; on utilise les rayons de Rœntgen, et le malade rapporte avec l'image radiographique de son cœur prise suivant des incidences un peu différentes, la certitude de sa réduction et le faux témoignage de la guérison. Il n'y a qu'une objection à cela : la dilatation du cœur n'existait pas, ou si elle existait, il avait suffi du simple repos physique et moral pour obtenir ce résultat, ou encore d'une médication adjuvante.

Voilà, messieurs, comment les meilleures causes sont souvent compromises par les exagérations ! Car la cure hydro-minérale des affections du cœur existe, et j'estime même qu'à Nauheim, grâce surtout à l'emploi du massage et de la gymnastique suédoise, d'une nourriture hygiénique, et un peu à l'emploi de ses eaux trop fortement minéralisées, de réelles améliorations sont obtenues.

Cette étude du traitement des maladies du cœur par les eaux minérales est du reste toute française, et sans parler de Michel Bertrand qui, dès 1823, recommandait à tort les eaux du *Mont-Dore*, et de Rochebois et Mascarel (1896), qui ont voulu encore les réhabiliter dans ce sens, de V. Nicolas qui, en 1851 vantait les eaux de *Vichy*, il me suffira de vous citer les noms de Dufraisse de Chassaigne, qui, de 1845 à 1857, insistait sur les eaux de *Chaudes-Aigues*, *Saint-Nectaire* et *Bagnols* (de la Lozère) dans le traitement de l'endocardite chronique rhumatismale (1), de Delacroix en 1875 pour *Luxeuil* (2), de Blanc pour *Aix en-Savoie* (1886), de Laussedat pour *Royat* (1893), de Ranse pour *Néris*, de Joubert et Censier pour *Bagnoles* (de l'Orne), de Philbert pour *Brides*, et je dois vous parler surtout de la station de *Bourbon-Lancy*, fréquentée autrefois par les Romains, dont je connais mieux les effets, parce que je les ai bien étudiés depuis les observations intéressantes de Bosia en 1891.

Tout d'abord, pour les indications de la cure hydro-minérale, il faut conserver la distinction capitale que j'ai établie entre les cardiopathies *artérielles* et les cardiopathies *valvulaires*.

Pour les premières, la principale indication consiste à combattre un phénomène précoce et constant, l'imperméabilité rénale, et c'est ainsi que les eaux de *Vittel*, *Martigny*, *Contrexeville*, *Saint-Nectaire*, et que surtout celles d'*Evian*, bien étudiées à ce point de vue par Chiaïs et Taberlet, produisent des effets remarquables dont j'ai été souvent le témoin et qui s'expliquent par la rapidité de leur absorption et de leur élimination. Mais, il faudrait encore pouvoir y ajouter les effets de la thermalité, laquelle, par une action révulsive sagement et prudemment dirigée, a pour résultat de favoriser la circulation périphérique au profit de la circulation centrale, et qui répond à cette principale indication de la cardiothérapie : Soulager le cœur, pour le tonifier.

Mais, pour les secondes, pour les cardiopathies valvulaires le plus souvent d'origine rhumatismale, et même

(1) Raynal de Tissonnière (1874), Hermantier (1879), Coulomb (1883), Teissier (1881 et 1883) confirmèrent ces résultats pour Bagnols.

(2) Observations confirmées par Cardot (1887), Tillot (1891), G. Paris (1895).

Digitized by Google

pour un certain nombre de cardiopathies artérielles, quelles conditions doit remplir une station hydro-minérale? Les voici :

1° Les eaux doivent être *faiblement* minéralisées :

Si elles l'étaient fortement, elles agiraient défavorablement comme les eaux sulfureuses fortes par exemple, elles détermineraient sur tout l'arbre circulatoire une excitation exagérée que le cœur ne pourrait pas supporter et qui serait capable d'asystoliser promptement les malades. Les médecins de Nauheim l'ont bien compris, et en cela, ils se sont montrés de prudents cliniciens : ils ont peur de leurs eaux trop riches en chlorure de sodium (15 à 29 gr. par litre), et c'est pour cette raison qu'ils en usent à peine en s'adressant à la médication adjuvante et autrement puissante du massage et de la gymnastique suédoise.

2° Pour la même raison, la station ne doit pas être située à une trop haute altitude (pas plus de 500 à 600 mètres), et il faut que soit bien immodéré le désir d'avoir beaucoup de malades et de soigner peu de maladies, pour qu'un médecin (dont il est inutile de citer le nom), ait osé dire (*Intern. Klin. Rundschau*, 1892) que *Saint-Moritz* dans l'Engadine, situé à une hauteur de plus de 1850 m., pouvait produire de bons résultats dans le traitement des cardiopathies valvulaires et des insuffisances mitrales incompensées ! Je suis allé à Saint-Moritz, et cela me permet de laisser à cet auteur la responsabilité d'une imprudente et audacieuse affirmation.

3° La thermalité des eaux est importante, puisqu'elle s'adresse à la fois à la cause (rhumatisme) et à l'effet (maladie du cœur).

4° Les eaux doivent avoir une action décongestive et *diurétique*, parce que dans les cardiopathies et surtout dans les cardiopathies artérielles, le rein est souvent l'organe compensateur du cœur.

5° Le climat doit être tempéré, modérément chaud, à l'abri du vent (l'un des grands ennemis du cardiopathe), avec tendance à la stabilité barométrique, thermique et hygrométrique.

6° Le sol doit être suffisamment perméable, pour ne pas permettre à l'humidité de s'y conserver longtemps.

7° La station doit être peu éloignée, au centre de la France, parce qu'il est démontré que pour les cardiopathies valvulaires mal compensées et surtout pour les cardiopathies artérielles, les longs voyages en chemin de fer et en voiture sont capables de déterminer des accidents graves et promptement mortels, comme j'en ai cité des cas (*Journal des Praticiens*, 1896).

8° Pour les partisans de la méthode d'Œrtel, les terrains en pente peuvent être utiles.

Il m'est possible maintenant de vous dire où vous trouverez complètement réunies toutes ces conditions. Ce n'est pas toujours à Nauheim, dont les eaux sont trop fortement minéralisées, dont le climat est loin d'offrir la stabilité nécessaire et même indispensable, dont l'action diurétique est à peu près nulle, dont l'éloignement est trop grand, dont le sol presque imperméable laisse après les moindres pluies une grande quantité d'eau stagnante qui entretient l'humidité, de sorte que la station est comme la lance d'Achille... Tout cela, je l'ai vu, j'ai été le voir cette année même après y avoir fait séjourner pendant près de trois semaines un de nos confrères, afin d'être en mesure de me prononcer à ce sujet.

Les améliorations, quand elles se produisent réellement, sont obtenues, grâce à la médication adjuvante par le *massage* et la *gymnastique*, et parfois par l'*emploi des bains salés gazeux*. Le massage et la gymnastique ne m'arrêteront pas, parce qu'on peut les avoir partout. Quant aux bains gazeux dont Schott fait grand bruit, et qu'il croit spéciaux à Nauheim, n'en trouve-t-on pas en France, et de meilleurs, comme à Luxeuil, à Châtel-Guyon et surtout à Royat? Ne peut-on pas en créer d'artificiels (et c'est lui-même qui les indique)? On ajoute à de l'eau ordinaire 1 à 1 1/2 pour 100 de chlorure de sodium, et pour rendre ce bain gazeux, on dissout dans un bain de 250 litres 100 gr. de bicarbonate de soude et 100 gr. d'une solution à 42 p. 100 d'acide chlorhydrique. On augmente peu à peu ces proportions pour arriver à la fin à 1000 ou même à 1500 gr. de chaque ingrédient (Mœller). A la suite des bains gazeux de Royat, Laussedat, en 1893, a dit que ses effets consistent dans une égalité plus parfaite de la systole, dans le renforcement des contractions ventriculaires, dans le ralentissement du pouls « par suite de la dérivation du sang dans tout le système capillaire de la périphérie », ce que démontre suffisamment la rubéfaction de la surface cutanée. Nos confrères étrangers y ajoutent, sans preuves du reste, une excitation de la périphérie nerveuse qui se transmet très intelligemment et très opportunément aux nerfs vagues. Cette explication n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse.

Toutes les conditions réclamées pour la cure hydro-minérale des maladies du cœur se trouvent réunies dans une station thermale du centre de la France, je veux parler de *Bourbon-Lancy*, située sur le versant occidental de la petite chaîne du Morvan, dans le département de Saône-et-Loire : Minéralisation convenable et faible (à peine 1 gr. 30 de chlorure de sodium) ; altitude modérée (250 mètres), thermalité haute et variée (55° à 48°), action diurétique et décongestive de la source de la Reine que l'on peut prendre en boisson, climat tempéré et à l'abri du vent dans une vallée largement ouverte au midi ; perméabilité du sol, proximité de la station pour nos compatriotes et pour les étrangers ; stabilité thermique, barométrique et hygrométrique, débit suffisant des eaux (plus de 400.000 litres en 24 heures). Restent les bains gazeux que nous aurons naturellement par la grande source du Lymbe dont les gaz nombreux vont être analysés, ou que nous aurons d'une façon artificielle, le plus simplement du monde. Restent encore le massage et la gymnastique qui vont être

Digitized by Google

établis pour la saison prochaine, sous la direction d'habiles gymnastes. Tout cela sera fait, tout cela se fait pour la saison prochaine, de nouvelles constructions très confortables vont s'élever, une cure de terrain naturelle est établie, et tout cela est dû, un peu à mon initiative, beaucoup à la vigilante direction des Thermes de Bourbon-Lancy qui a compris non seulement ses intérêts, mais ses devoirs.

C'est donc là que vous enverrez à l'avenir vos cardiaques valvulaires, vos cardiopathes rhumatisants, un certain nombre de cardio-artériels, sans oublier que les eaux de Royat, d'Evian et d'autres encore dont je vous ai donné l'énumération, répondent dans le même ordre d'idées, à des indications spéciales. Car, ce serait une erreur et une faute de favoriser une station hydro-minérale plutôt qu'une autre, et toutes les eaux similaires en France peuvent être ainsi utilisées, à la condition qu'on les adapte, en quelque sorte, au traitement des maladies qu'elles comportent.

*
* *

Je termine par les considérations suivantes que je vous prie de bien méditer :

Si nous voulons profiter et faire profiter les malades des richesses hydro-minérales dont la nature a si largement doté notre pays, il faut *spécialiser* de plus en plus nos eaux, il faut les affecter presque exclusivement : les unes au traitement des maladies de l'estomac, de l'intestin et du foie, les autres à celles du rein et de l'appareil génito-urinaire, à celles du système nerveux, des maladies constitutionnelles, de l'appareil respiratoire, et enfin d'autres à celles du système circulatoire. Les eaux minérales ne sont pas des panacées, elles ne sont pas applicables à toutes les maladies, et d'une façon générale, il faut se défier de l'affirmation imprudente et trop intéressée de médecins qui vantent avec trop d'enthousiasme les vertus universelles de leurs eaux, ou qui en étendent outre mesure les applications.

Ma pensée est la suivante, et je ne songe pas à m'en défendre, bien au contraire : La France étant très riche en eaux minérales, en stations d'hiver ou d'altitude, je me demande depuis longtemps avec une patriotique inquiétude, si nous ne sommes pas comme ces avares qui restent éternellement pauvres en retenant et en contemplant leurs trésors ; je me demande s'il est juste, s'il est prudent pour l'avenir, de favoriser trop souvent certains pays voisins. Sans doute, dans les cas très rares, où quelques eaux étrangères vous semblent mieux répondre aux indications thérapeutiques, vous n'avez plus à hésiter, et sans jamais suivre de coupables exemples, vous devez toujours n'avoir en vue que l'intérêt de vos malades, parce que « science sans conscience n'est que ruine de l'âme », comme l'a dit notre bon Rabelais. Mais, lorsque ces eaux ou ces stations se trouvent en France et qu'elles sont supérieures aux autres, j'estime que vous seriez bien coupables envers ces malades, si vous ne cherchiez pas à leur épargner de longs voyages, et aussi envers votre pays que vous ne devez jamais oublier, même lorsqu'il s'agit de pratique médicale. « Si la science n'a pas de patrie, a dit Pasteur, l'homme de science doit en avoir une. »

Je me demande encore, après avoir accompli mon devoir en jetant le cri d'alarme, si les Compagnies fermières de nos eaux ou de nos stations d'hiver et d'altitude, enlisées dans la routine, vont enfin suivre l'impulsion donnée et réparer le temps perdu Car, ce sont elles qui, en s'immobilisant dans le *statu quo*, en ne faisant rien ou presque rien pour améliorer toujours, en ne cherchant pas à donner aux malades tout le confortable et le luxe que réclament les exigences modernes, *ce sont elles qui sont le plus souvent coupables*. Qu'elles jettent donc un regard sur ce qui se passe à l'Etranger, qu'elles suivent notre exemple en allant étudier sur place les stations hydro-minérales de l'Allemagne; qu'elles considèrent que partout, et surtout dans ce pays, se fondent des sanatoria (sanatoria pour les affections de poitrine, sanatoria pour les cures de terrain, station hydro-minérale pour les affections du cœur, sanatoria du célèbre curé Kneipp), qui ont ainsi attiré des milliers de malades !

J'ai déjà dit (1) que, par suite du droit exorbitant sur l'alcool dénaturé, la fabrication des alcaloïdes est devenue presque impossible en France, qu'au point de vue de l'industrie pharmaceutique nous devenions presque entièrement tributaires de l'Etranger, et que celui-ci cherche même sous d'autres noms à s'approprier le prix d'incontestables découvertes. Ainsi, nous avons une *digitaline cristallisée* que Nativelle, après trente années d'un travail opiniâtre et incessant, a réussi à extraire, et voilà qu'on nous oppose la *digitoxine*, « un produit de composition inconstante et mal définie, mélange de digitaline cristallisée et d'un principe non encore isolé, analogue ou identique à la strophantine, à l'ouabaïne, ou à la tanghinine. » (Houdas).

Vous vous rappelez, d'autre part, le grand tressaillement d'espérance qui avait accueilli naguère, la découverte — hélas trop tôt démentie ! — de la guérison de la tuberculose. Il fallait acheter le remède secret à prix d'or, et en plein hiver les pauvres tuberculeux de tous pays étaient obligés de gagner péniblement la Capitale étrangère, alors transformée en vaste hôtellerie médicale. Vous n'ignorez pas que si, chez nous, le sérum antidiphtérique est fourni d'une façon très libérale par l'Institut Pasteur, il fait autre part des fortunes considérables, pour ne pas dire scandaleuses. Un certain abbé Kneipp, vous ne l'avez pas encore oublié, abusant de cette crédulité humaine qui n'a pas de limites, a pu attirer dans son pays plus de 30,000 malades marchant avec conviction, pieds nus dans l'eau et sur les prés mouillés.....

Vous voyez qu'il y a là un *système* depuis longtemps

(1) Une nouvelle invasion allemande (*Journal des Praticiens*, 1897).

Digitized by Google

prémédité et spécial à un esprit persévérant de race, que la trève n'a été qu'apparente, que la guerre, une guerre commerciale se poursuit opiniâtrement et sans merci dans le domaine de la médecine (pour ne parler que d'elle), où elle n'aurait jamais dû pénétrer.

Eh bien ! il est temps que les fruits ne soient pas pour ceux qui n'ont point toujours jeté la semence ; il est temps de réagir et de vouloir. Il faut soutenir en face et vaillamment la sourde lutte, secouer et galvaniser la torpeur des propriétaires des stations hydro-minérales et des stations d'hiver ou d'altitude, dans leur intérêt et dans le nôtre, encourager et favoriser nos chimistes pour la recherche des médicaments nouveaux et l'expansion de leurs découvertes, proclamer bien haut l'excellence de notre climat sur les bords de la Méditerranée, du golfe de Gascogne, dans les Pyrénées et sur les Alpes. Il faut faire à tous entrevoir la victoire, d'autant plus certaine, que nous aurons avec nous d'autres pays également et même plus directement menacés.

Serai-je entendu et serai-je compris? Serai-je suivi ?...

## CLINIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Cochin.* — M. Ed. Schwartz

### Des luxations de la hanche compliquées de fracture du fémur.

Les luxations traumatiques de la hanche sont rares; c'est à peine si dans une année, dans nos grands services de chirurgie, nous en voyons en moyenne un ou deux cas. Bien plus rares encore sont celles que complique une fracture du fémur, soit au niveau de sa diaphyse, soit au niveau de son extrémité supérieure. Nous avons pu observer, il y a sept ans, un cas de luxation ovalaire de la hanche compliquée de fracture du col du fémur; nous venons de voir tout récemment un fait de fracture sous-trochantérienne compliquant une luxation iliaque, et à l'une des lésions la luxation avait été méconnue. Nous tenons à montrer, à l'aide de ces faits et de plusieurs autres que nous avons pu recueillir, combien le diagnostic peut être difficile et obscur, quelle est la conduite à tenir soit immédiatement, lorsque le diagnostic est possible et posé, soit plus tard, lorsque les lésions reconnues, il persiste une impotence fonctionnelle par trop considérable.

Voici notre observation :

Nous sommes appelé, le 8 juin 1890, auprès d'une dame de 73 ans qui vient de faire une chute du haut d'un trottoir. C'est une cardiaque, une artérioscléreuse, elle est encore sous le coup de l'émotion causée par le traumatisme et présente une dyspnée assez considérable et des battements du pouls précipités.

L'examen à la vue nous permet de constater que le membre inférieur gauche fait presqu'un angle droit avec le bassin ; il est étendu en travers sur le lit, le pied tourné en dehors ; il y a un gonflement peu considérable de la racine de la cuisse, mais un épanchement de sang énorme en arrière. La palpation très douloureuse nous montre que le triangle de Scarpa est rempli par une tumeur saillante qui est dure et ressemble fortement à la tête du fémur. Quand on saisit le membre inférieur pour s'en rendre compte et lui communiquer des mouvements, on sent une grosse crépitation, et on peut le remettre parallèle à l'autre, mais la tumeur inguinale ne bouge que peu. On constate alors que le grand trochanter remonte et qu'il y a un raccourcissement considérable (3 à 4 centimètres) en même temps la cuisse prend la forme d'une crosse renflée vers le haut. Tous ces signes, bien nettement constatés, nous font porter le diagnostic de luxation ovalaire de la hanche compliquée de fracture du col du fémur. Se posait maintenant la question du traitement ? Il s'agissait d'une femme âgée, atteinte d'une affection cardiaque manifeste, artérioscléreuse, très déprimée; il était impossible d'agir sans la chloroformer; d'un autre côté l'anesthésie par le chloroforme dans l'état actuel me paraissait comporter des aléas sérieux ; nous remîmes donc, de concert avec le docteur Tripet, médecin de la patiente, toute tentative de réduction au lendemain, pour donner en attendant de la caféine, des boissons stimulantes destinées à remonter les forces de la blessée. Ce fut 26 heures après l'accident seulement que nous la revîmes en bien meilleure posture. Le chloroforme fut administré avec beaucoup de précautions. Nous trouvâmes facilement tous les signes de la veille et incontestablement le diagnostic porté était exact. Il fallait réduire la luxation, la maintenir réduite et soigner la fracture du col. Je commençai par mettre le membre inférieur en flexion verticale sur le bassin, et je fis une traction énergique en me mettant debout sur le matelas placé par terre et supportant la malade, je sentis que la tête suivait les mouvements ; je fis ensuite une abduction forcée avec rotation en-dedans : la tête roula sur la cavité cotyloïde, la luxation devint iliaque (fait maintes fois signalé) puis se réduisit en même temps que je faisais l'extension de la cuisse sur le bassin. Sans m'occuper actuellement de la fracture, la blessée fut placée dans une gouttière de Bonnet en ayant soin de l'asseoir autant que possible, de façon à éviter les complications d'hypostase Son état général fut laissé aux soins de son médecin ordinaire; elle fut prise, immédiatement après la chloroformisation, d'accidents cardiaques (faux pas du cœur, irrégularité des pulsations) qui cédèrent à l'administration de la digitaline à la dose de 2 à 3 quarts de milligrammes par jour. Elle alla fort bien ensuite, et 15 jours après, la gouttière de Bonnet fut enlevée.

Nous vîmes alors se produire les signes nets d'une fracture du col, la rotation en dehors, un raccourcissement de 3 à 4 centimètres : le 22 juin l'appareil à traction continue d'Hennequin, fut appliqué puis été retiré le 23 juillet; on y avait mis un poids de 3 kilog., plus n'étant pas facilement supporté. On constate au mois d'août, deux

Digitized by Google

mois après l'accident que la guérison est complète, il existe à peine 1 centimètre de raccourcissement. Nous revoyons la malade parfaitement guérie un an après, elle ne boite pas, va et vient comme avant. C'est là certainement une observation très rare et nous avons été favorisé spécialement et pour le diagnostic qui a été relativement facile, à cause du peu de temps qui s'était écoulé depuis l'accident, et pour le résultat thérapeutique.

Nous avions affaire à une femme âgée, peu musclée, pas grasse, chez laquelle la palpation, l'examen minutieux de la région était relativement simple et qui nous offrait par cela même d'excellentes conditions pour ne pas tomber dans l'erreur.

Il est loin d'en être toujours ainsi comme on va le voir. Et d'abord, comme nous l'avons dit, les observations sont très rares : comme le dit Hamilton, dans son traité de luxations, p. 1100, quelques-unes des observations publiées sont assez incomplètes pour qu'on puisse se demander s'il n'y a pas eu erreur de diagnostic. Les faits authentiques de réduction d'une luxation coxofémorale s'accompagnant d'une fracture du fémur, sont encore plus rares et plusieurs des observations recueillies auraient besoin d'une nouvelle confirmation ; c'est à peine si Hamilton peut citer trois ou quatre faits très avérés.

Au point de vue du diagnostic la luxation coxofémorale compliquée de fracture du fémur, se présente avec une physionomie complexe, qui fait que très souvent elle doit être méconnue. Presque toujours due à des traumatismes très violents, (nous disons presque, puisque dans notre cas cité plus haut la force vulnérante n'a pas été exceptionnelle), elle s'accompagne d'un épanchement sanguin considérable qui la masque, et de plus de signes physiques qui déroutent, à moins de conditions tout à fait favorables. L'épanchement de sang qui se développe très rapidement et est dû bien plus à la fracture qu'à la luxation elle-même, occupe tantôt la face antérieure, tantôt la face postérieure de l'article, effacant les creux, déformant la région et empêchant la palpation profonde si utile dans ces cas difficiles. Cela est surtout vrai, pour ces grands blessés, chez lesquels la lésion de la hanche et de la cuisse est accompagnée d'autres lésions à distance qui occupent elles aussi l'attention et rendent l'examen difficile.

Par suite de l'existence de la fracture, les signes cliniques habituels de la luxation soit en avant, soit en arrière sont modifiés. S'il y a une fracture du col avec une luxation iliaque, il y a rotation du membre en dehors, raccourcissement et déformation en crosse de la hanche, mobilité anormale qui font aussitôt penser à une fracture simple, surtout si le gonflement considérable ou d'autres causes ne permettent pas un examen minutieux de la hanche et de la fosse iliaque externe. S'il y a fracture sous-trochantérienne ou diaphysaire, ce sont encore les signes de la fracture qui sautent aux yeux et qui expliquent suffisamment le raccourcissement et les déformations. Lorsque la luxation est sus-pubienne ou ovalaire, et qu'il existe une fracture concomitante, ce sont encore les déviation et déformation liées à la fracture qui dominent la scène clinique ; il faut pouvoir sentir directement la tête, ou observer une déformation exceptionnellement caractéristique (l'abduction forcée dans notre cas) pour songer à une luxation et ne pas la méconnaître.

En somme, le diagnostic n'est possible que si l'on peut sentir la tête du fémur soit en avant, soit en arrière ; si le gonflement, si les épanchements sanguins la masquent, la déformation et déviation sont fatalement mises sur le compte de la fracture qui l'accompagne et elle est méconnue.

Une fois la fracture consolidée, les gonflements disparus, il est moins difficile de reconnaître la luxation qui persiste, mais encore faut-il que le blessé soit examiné à fond et qu'on ne mette pas l'impotence qui résulte de la luxation compliquée de fracture sur le compte seul d'une fracture diagnostiquée. Même alors le diagnostic de luxation ancienne est épineux ; combien de fois n'avons-nous pas vu nos maîtres hésiter, à travers de grosses masses musculaires, à reconnaître une tête de fémur ou un cal exubérant ; nous-même avons subi cette difficulté un certain nombre de fois et vraiment il est quelquefois impossible de se prononcer bien catégoriquement.

Nous avons actuellement à notre disposition la radiographie. Certes elle peut nous rendre de très grands services quand il s'agit de poser exactement un diagnostic de déplacement articulaire partout ailleurs qu'à la hanche. Là, en effet, les masses musculaires, surtout chez certains individus, sont tellement épaisses que pour arriver à un résultat souvent incomplet, le temps de pose doit être considérable et peu compatible avec la pratique. Si donc chez quelques individus maigres et peu musclés où vraiment le diagnostic est généralement facile, elle peut nous éclairer, il n'en est plus de même dans d'autres cas. C'est ce dont nous avons pu nous rendre compte encore récemment pour une luxation ancienne dans la fosse iliaque externe.

Voyons maintenant quelle doit être la conduite du chirurgien en face d'une luxation coxofémorale compliquée de fracture ? Deux manières de faire ont été mises en avant et suivies : 1° faire immédiatement sous le chloroforme la réduction du déplacement, puis réduire et consolider la fracture ; 2° attendre que la fracture soit consolidée, pour agir sur la lésion articulaire et rentrer la tête dans sa cavité. C'est la première que nous avons suivie et que nous conseillons toujours de tenter, quand le diagnostic est posé et que d'autres complications ne paralysent pas notre action : elle est analogue à celle que nous suivons couramment pour les luxations scapulo-humérales compliquées de fracture de la tête, du col ou du corps de l'humérus. Il y a en effet, de grandes chances pour que

Digitized by Google

si, nous attendons la consolidation de la fracture, la réduction soit devenue très difficile, sinon impossible.

Si la luxation avait été méconnue au début, si on la reconnaissait plus tard, alers que la consolidation de la fracture est terminée, il y aurait à tenter sa réduction, comme celle de toute luxation dans les mêmes conditions, à moins toute fois que le rétablissement des fonctions soit suffisant pour ne pas incommoder le blessé. Il existe, en effet, des observations où vraiment les choses tournent si bien, que toute tentative serait controuvée. Herwez de Chegoin vit, en 1863, avec Nélaton, une femme de 79 ans, qui avait une luxation coxofémorale compliquée de fracture. La luxation fut abandonnée à elle-même. En 1868, la malade allait si bien qu'elle pouvait monter et descendre les escaliers. (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1868).

Si l'on a affaire à un homme adulte, que la fonction soit considérablement troublée par la persistance du déplacement faut il, si la luxation est irréductible par les procédés de douceur, songer à une intervention sanglante, à une réintégration de la tête dans la cavité par une arthrotomie? Nous ne le pensons pas. Ces interventions ont été tentées; mais elles présentent une grande difficulté, ce qui ne serait pas grand chose, mais surtout une grande gravité et même entre les mains de chirurgiens exercés et très habiles, elles ont donné lieu à des désastres. Nous nous rangerions plutôt à l'idée d'une opération destinée à suppléer au raccourcissement et à la déviation de la cuisse et du pied, opération que nous avons déjà pratiquée un certain nombre de fois avec succès opératoire et thérapeutique. Nous voulons parler de l'ostéotomie oblique sous-trachantérienne. C'est elle que nous conseillerions bien plutôt que la réduction sanglante de la luxation coxofémorale.

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## *Formulaire du Praticien*

**Du choix d'un dentifrice.** — L'analyse bactériologique des liquides de la bouche nous montre que le choix judicieux d'un dentifrice n'est pas sans intérêt pour le médecin.

Les modifications des odeurs, des sécrétions et des enduits buccaux nécessitent des soins prophylactiques particuliers à chaque état. La plupart des dentifrices livrés par le commerce ne contiennent que des arômes et n'ont que le pouvoir de satisfaire le goût et l'odorat.

Un bon dentifrice doit avoir pour but de prévenir la carie en détruisant les microbes, en arrêtant les ferments, en conservant à la salive sa neutralité. L'acidité prononcée de cette dernière en dehors des fermentations d'origine alimentaire, peut survenir sous l'influence de fièvres, de maladies organiques graves. Son alcalinité exagérée est l'indice d'un excès de phosphate et de carbonate de chaux. Le même dentifrice ne peut donc être employé dans les deux cas. La composition du tartre lui-même doit entrer en ligne de compte dans le choix d'un dentifrice. Le tartre noir, sec qui se dépose au collet des dents généralement en petite quantité se dissout difficilement dans l'acide chlorhydrique, tandis que le tartre sec d'un brun clair qui se trouve sur les dents des personnes bilieuses s'y dissout plus facilement. Le tartre mou blanc (spécialement chez les lymphatiques) se dissout facilement dans les alcalis.

Certaines substances doivent être évitées dans la composition d'une poudre : le miel, le sucre d'abord qui se transforme en acide lactique, ensuite les substances insolubles telles que le charbon, qui font l'effet de corps étrangers, pénètrent entre le collet de la dent et la gencive, favorisent son décollement et par suite ouvrent une porte à l'infection.

En résumé, un bon dentifrice doit être approprié à la neutralité, l'acidité ou l'alcalinité de la salive.

2° Il doit être antiseptique, assurer le nettoyage des dents.

3° Il ne doit pas contenir des substances susceptibles à la longue, d'altérer les éléments constitutifs de la dent.

Parmi les antiseptiques, il y a un choix à faire ; il faut recommander ceux qui ne peuvent léser les muqueuses et qui présentent le moins de dangers toxiques.

Au premier rang, nous indiquerons le salol et la résorcine antiseptiques parfaits pour les cavités baignées par des liquides alcalins.

Le savon se prête admirablement à l'emploi qu'on veut en faire. Il peut être antiseptique, acide ou alcalin. Chez les sujets prédisposés aux dépôts de tartre, il faut attaquer ce dernier dès le début quand il est mou à l'aide de frictions. Il ne faut pas dans ce dernier cas une poudre trop impalpable.

Nous indiquons :

| | |
|---|---|
| Pierre ponce pulvérisée..... | 5 gr. |
| Savon médicinal.. ..... | 2 gr. |
| Resorcine..... | 1 gr. |
| Craie précipitée..... | 20 gr. |
| Essence de menthe.... ..... | V gouttes. |

Dr Marchandé, *dentiste de la Pitié.*

Digitized by Google

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

**Indications de la dilatation uréthrale et de l'uréthrotomie interne.** — Nous avons à notre disposition deux méthodes de traitement des rétrécis : une méthode non sanglante, la dilatation lente et progressive, une méthode sanglante et rapide, l'uréthrotomie interne. Je laisse de côté la dilatation brusque, que les dangers auxquels elle expose le malade doivent faire complètement abandonner. Quelles sont les indications de ces deux méthodes, quelles seront les raisons qui nous décideront à choisir l'une de préférence à l'autre ?

La dilatation est, et doit toujours rester, une méthode de douceur ; de ceci découlent, dès l'abord, un certain nombre d'indications. Lorsque l'on aura à rétablir le calibre d'un canal présentant un ou plusieurs rétrécissements souples, que la bougie traverse facilement et librement, sans être serrée, il est évident qu'il n'y aura pas indication à opérer. Par contre, toutes les fois que les sténoses uréthrales sont dures, et ne semblent pas devoir céder facilement, il y a contre-indication à la dilatation. Supposons un malade qui se présente avec des rétrécissements multiples difficiles à franchir; nous plaçons une bougie à demeure pendant vingt-quatre heures. Si, après l'ablation de cette bougie le passage d'un instrument de calibre approprié reste difficile, détermine un saignement un peu notable, et surtout si, au bout de quelques jours de tentatives de dilatatation, le calibre de l'urèthre semble rester stationnaire, si la consistance dure des rétrécissements ne varie pas, on doit abandonner la dilatation. Il ne faut jamais chercher à dilater un urèthre de force.

Les indications de la dilatation tirées de l'état du canal sont : anneaux peu serrés, souples, ou bien rétrécissements étroits et durs se laissant facilement amollir par le contact des instruments. Nous allons retrouver les contre-indications de cette méthode en étudiant les indications de l'uréthrotomie.

La méthode sanglante est, opposée à la précédente, une méthode rapide ; elle permet un rétablissement prompt du calibre du canal. Ce qui ne veut pas dire d'ailleurs que, au point de vue des convenances du malade, ce soit un mode de traitement beaucoup moins prolongé ; la dilatation progressive du canal doit toujours suivre la section des rétrécissements, et cette dilatation ne peut être commencée qu'une douzaine de jours après l'opération.

Il est un certain nombre de cas où l'uréthrotomie interne s'impose comme une opération d'urgence : ce sont les cas où il est nécessaire de rétablir immédiatement le calibre du canal, par exemple lorsqu'on a affaire à des malades dont la vessie est infectée, et présentant de la fièvre. M. Guyon y insiste bien souvent : la fièvre, qui semblerait peut-être une indication aux interventions non sanglantes, rend nécessaire, au contraire, l'uréthrotomie ; et, le plus souvent, la sonde à demeure mise en place, nous voyons la fièvre tomber. Par conséquent, la fièvre chez un rétréci, au moins si elle est persistante, est une indication d'uréthrotomie. Elle indique encore l'opération lorsque la dilatation faite avec douceur et progressivement, détermine des accès fébriles.

Il est des cas où l'infection urineuse ne se manifeste pas par des élévations thermiques importantes ; si un rétréci se présente avec les troubles généraux, en particulier les phénomènes dyspeptiques qui caractérisent cette infection, sans fièvre marquée, il y a encore là une contre-indication à la dilatation, et une indication à la méthode sanglante.

D'autres indications de l'uréthrotomie interne sont tirées du fait que la dilatation se fait mal ; le canal reste dur, et, pour en accroître le calibre, après un certain nombre de séances, il faudrait employer la force. On perd un jour ce que l'on avait gagné antérieurement, ou bien, dès l'abord, après le séjour prolongé d'une bougie à demeure, on a pu se rendre compte que le canal restait dur, et ne présentait aucune tendance à s'amollir. D'autres fois, c'est un saignement notable au cours des séances de dilatation, témoignant d'éraillures de la muqueuse, qui décide à l'uréthrotomie.

Quelquefois, en dehors des indications tirées de l'infection, l'uréthrotomie s'imposera comme une opération d'urgence ; ainsi il arrive que, chez les rétrécis en rétention aiguë, le passage d'une bougie filiforme laissée à demeure ne fasse pas, comme c'est habituel, cesser la rétention ; il faudra alors pratiquer de suite l'uréthrotomie interne.

Enfin, il est une dernière indication de l'uréthrotomie tirée de la présence d'un calcul dans l'urèthre, déterminant, ou non, de la rétention complète; dans ces cas, la dilatation ne serait pas sans inconvénient, et l'uréthrotomie, comme l'a bien montré M. Guyon, se fait sans la moindre difficulté.

Somme toute, le choix entre les deux méthodes est facile dans la majorité des cas; la dilatation sera employée toutes les fois qu'elle se fera facilement, et qu'aucune indication d'urgence n'exigera le rétablissement immédiat d'un calibre suffisant pour la mise à demeure d'une sonde; l'uréthrotomie sera réservée aux cas contraires, et on n'oubliera pas que la fièvre et un état général grave ne sont pas des contre-indications à cette opération. — S. Banzet, *ancien interne des hôpitaux.*

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Action diurétique des feuilles de bouleau.** — Qui eût pensé que cet arbre si commun, à l'écorce d'un blanc satiné, qui croît dans les lieux stériles, sur les sols crayeux et sablonneux, avait d'abord joui d'une grande vogue thérapeutique il y a bien longtemps, et que de nos jours il serait réhabilité à titre d'agent diurétique ? Le fait est réel, et à l'hôpital Necker, M. Huchard a déjà réuni plu-

Digitized by Google

sieurs observations démontrant que cette action diurétique des feuilles de bouleau (*betula alba*) est évidente, quoiqu'elle soit encore infidèle. Mais, le fait intéresse les praticiens.

Autrefois, la *sève* du bouleau que l'on obtenait de la fin du mois de mars à la fin du mois de mai, en la laissant s'écouler par l'une de ses branches dont on avait coupé une extrémité, était recommandée comme « dépurative dans les affections cutanées, et comme diurétique et lithontriptique » par Matthioli, Bartholin et Van Helmont. Cette sève est abondante, agréable et sucrée, et les habitants des pays froids en obtenaient par fermentation une liqueur alcoolique. — Percy (cité par Cazin dans son Traité des plantes médicinales indigènes, 5e édition 1886) disait que l'*eau de bouleau* dans tout le nord de l'Europe. était « l'espoir, le bonheur et la panacée des habitants riches et pauvres, un remède précieux dans les affections rhumatismales, les reliquats de la goutte, les embarras de vessie. » — *L'huile empyreumatique* avait été recommandée par Heim contre le psoriasis, par Blasius contre l'eczéma. — De même, l'*écorce* de betula alba, d'après Biett, était encore employée dans les fièvres intermittentes et les vieux ulcères. Cette écorce renfermerait un principe encore mal défini, la *bétuline* (John, Chevreul), substance cristalline, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool chaud et l'éther. Une matière résinoïde blanchâtre a été isolée par Kossmann (de Thann) en 1854, sous le nom d'*acide bétulorétinique*. — Enfin, en 1823, dans leur excellent dictionnaire de matière médicale, Mérat et Delens parlent des *feuilles* qui, disent-ils « détersives et résolutives, étaient usitées dans les hydropisies. »

Cette année même, nous rappelions dans ce journal (1897, page 360), que Winternitz avait rapporté l'observation d'une malade chez laquelle, à la suite d'une décoction de feuilles de bouleau (30 grammes pour 200 grammes d'eau chaude), on vit les urines monter de 400 grammes à 2 litres et même 2 litres 500.

Dans le service de M. Huchard, à l'hôpital Necker, les deux préparations employées ont été : la *décoction* de feuilles, et l'*extrait alcoolique*. La tisane a d'abord été préparée simplement avec 10 à 30 gr. de feuilles par litre d'eau. Puis, M. Moreau, interne distingué en pharmacie, ayant remarqué une propriété de la résine, signalée par Kossmann, et caractérisée par sa solubilité dans les carbonates alcalins, a eu l'idée de préparer la *décoction* de la façon suivante ;

| | | |
|---|---|---|
| Feuilles de bouleau..... | 10 à 50 | grammes |
| Eau bouillante..... | 1000 | — |
| Bicarbonate de soude.... | 1 | — |

Verser l'eau bouillante sur les feuilles. Quand la température est descendue à 30 ou 40°, ajouter le bicarbonate de soude ; laisser en contact 6 heures, passer, et sucrer à volonté.

Les mêmes résultats ont été obtenus avec l'*extrait alcoolique*, préparé également par M. Moreau :

| | | |
|---|---|---|
| Feuilles de bouleau (récoltées au moment de la floraison)..... | 1000 | grammes |
| Alcool à 80°..... | 6000 | — |

Epuiser les feuilles dans un appareil à déplacement au moyen de l'alcool à 80° bouillant. Distiller, pour recueillir la plus grande partie de l'alcool ; évaporer le résidu en consistance pilulaire, en agitant continuellement pour éviter la séparation de la résine et diviser en pilules de 0,20 centig.

*Doses :* un litre de *décoction* de feuilles de bouleau par jour ; 8 à 12 pilules d'*extrait alcoolique* par jour. (Dans certains cas, à la dose de 1 gramme, l'extrait alcoolique possède quelques propriétés laxatives.

Les observations recueillies à l'hôpital Necker ne sont pas encore très nombreuses. Voici l'une d'elles : Un cardio-artériel n'urinait que 500 grammes. On prescrit un litre de tisane de bouleau par jour ; le lendemain et les jours suivants, les urines montent à 1000, 1500 et même 2500 gr. Après six jours, on prescrit la tisane de *prêle* (*equisetum limosum*) également expérimentée dans le service et qu'on employait autrefois comme diurétique. Mais alors, les urines retombent à 600 gr. On prescrit ensuite pendant six jours, 4, puis 6 pilules d'extrait alcoolique de feuilles de bouleau, et les urines se maintiennent à 2 litres par jour. Chez ce malade, la digitaline cristallisée (à la dose de 30 gouttes de la solution au millième) n'avait pas produit son effet diurétique ordinaire.

Les autres observations ont été certes moins concluantes ; mais l'expérience doit être continuée, et, en tous cas, si l'action diurétique des feuilles de bouleau n'est pas constante, il s'agit là d'une médication très simple et utile pour activer la diurèse surtout chez les goutteux, comme les observations de M. Huchard, prises en ville et à l'hôpital, tendent à le prouver.

S'il y a lieu, nous ferons connaître les nouveaux résultats obtenus. — D. R.

## RHINOLOGIE

**La toux pharyngée.** — La toux est un symptôme fréquent, banal et qui reconnaît des causes extrêmement variées. Il n'est certainement pas un praticien qui ne se soit trouvé fort embarrassé dans des cas de toux opiniâtre, dont l'origine ne pouvait être décelée. On dit alors que le malade est atteint de « toux nerveuse », mais toux nerveuse est bientôt dit, et ce diagnostic vague ne remédie pas à la situation.

Les progrès de la rhino-pharyngologie ont pu mettre en lumière toute une pathogénie de la toux, diminuant ainsi le domaine de la toux dite nerveuse, c'est-à-dire *sine materia*.

Une bonne thèse de 1896 (*La toux pharyngée chez les enfants*, par le Dr Palas) et un excellent article de Comby mettent bien au point cette intéressante question. La toux pharyngée, dit Palas, est un symptôme presque constant dans les maladies du pharynx et de l'arrière-cavité des

Digitized by Google

fosses nasales. Voici les affections tussigènes étudiées dans ce travail.

*Hypertrophie des amygdales.* La toux est un symptôme fréquent. Elle peut être presque incessante et simuler la toux de la coqueluche; mais, fait important, outre que l'on n'a pas aussi bien que dans la coqueluche le spasme sonore du larynx avec la reprise sifflante, la trachée n'est pas sensible et ne réveille pas l'accès de toux.

*Amygdalite simple folliculeuse.* Conséquence d'amygdalites aiguës, d'angines catarrhales diffuses, cette variété se caractérise par la présence dans l'intérieur de l'amygdale de concrétions caséeuses moulées dans les lacunes, de consistance pâteuse et d'odeur souvent infecte, concrétions dont on peut déceler la présence en exprimant la tonsille ou en introduisant dans l'orifice des cryptes un stylet mousse qui chasse devant lui le petit bloc blanchâtre.

*Végétations adénoïdes.* C'est là une des causes les plus fréquentes de la toux pharyngée, avec le *catarrhe naso-pharyngien.*

*Pharyngite granuleuse.* Cause un peu plus rare que les précédentes, à notre avis, étant donnée la fréquence si grande de cette affection.

*Hypertrophie de l'amygdale linguale.*

*Hypertrophie de la luette.*

A ces causes génératrices de la toux, bien exposées par M. Palas, nous ajouterons l'obstruction nasale, quelle qu'en soit la raison.

L'interprétation de ces symptômes peut, suivant nous, être rapportée à deux groupes :

*a*) La sensation de corps étranger dans la gorge.

*b*) La respiration buccale.

On conçoit, en effet, que des amygdales hypertrophiées, la base de la langue volumineuse, la luette allongée, la présence de concrétions amygdaliennes établissent des contacts et des frottements anormaux qui réveillent la susceptibilité et l'irritabilité de la muqueuse pharyngienne, de là, la toux. Ajoutons, avec Palas, que ces lésions peuvent amener la congestion de la muqueuse et la formation d'un catarrhe pharyngien, qui prolonge indéfiniment l'état excitable de la muqueuse.

L'obstruction nasale, quelle qu'en soit l'origine, est encore une cause permanente d'irritation pharyngée. On sait en effet que, normalement, l'air inspiré doit être réchauffé, humecté et filtré par les fosses nasales; si celles-ci manquent à leur fonction naturelle, l'air sec, froid et impur vient frapper la muqueuse du pharynx; et de cette cause d'irritation perpétuelle émane la toux, sorte de protestation du pharynx.

En raison de ses origines, la toux pharyngée qui peut frapper tous les sujets, sans distinction d'âge ni de sexe, présente des caractères un peu particuliers. Des faits que nous avons observés, dit Palas, on peut conclure que l'on rencontre surtout la toux sèche, brève, fréquente, composée d'une seule saccade, rappelant la toux du début de la tuberculose pulmonaire; et la toux quinteuse ou spasmodique presque identique à la toux de la coqueluche ou aux quintes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Presque toujours on peut noter cette particularité que la toux se produit avec plus de fréquence à certains moments : le soir, vers le milieu de la nuit et surtout le matin au réveil. Pour nous, le grand maximum est toujours le matin au réveil; ce fait s'explique soit par l'accumulation de mucosités dans la gorge, soit par l'irritation prolongée d'une respiration buccale pendant toute une longue nuit de sommeil.

La sanction des idées que nous venons d'exposer est pleinement offerte par les résultats du traitement. Les guérisons sont ordinaires et régulièrement constatées dans la pratique des spécialistes. — Dr Mendel, *ancien interne des hôpitaux.*

## RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

**Manière de formuler le kermès et l'oxyde blanc d'antimoine en potion.** — L'oxyde blanc d'antimoine, le kermès sont journellement prescrits en potion. On sait que ces deux composés antimoniaux sont insolubles dans tous les dissolvants usuels; aussi se contente-t-on, pour les administrer, de les mettre en suspension dans un liquide sucré, suivant l'une de ces deux formules :

| | | |
|---|---|---|
| 1° | Kermès | de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 |
| Ou : | Oxyde blanc d'antimoine | de 0 gr. 50 à 1 gr. |
| | Sucre | 4 grammes |
| | Sirop de fleurs d'oranger | 30 — |
| | Eau distillée | 120 — |

2° Dans la seconde formule, les trois premières substances restent, les deux dernières étant remplacées par :

Julep gommeux ..... 150 grammes

L'emploi du sucre dans la première formule est excellent pour produire une division plus intime de la substance insoluble, mais, malgré cela, ou plutôt à cause de cela, celle-ci ne tarde pas à s'agglomérer au fond du flacon qui la contient et l'agitation ne suffit pas pour l'en détacher complètement; aussi, le malade est-il exposé la plupart du temps à ne pas absorber la dose de la substance active fixée par le médecin. Le julep gommeux employé dans la seconde formule remédie, en partie seulement, à cet inconvénient. Il serait préférable de substituer à ces deux formules la suivante dans laquelle l'utilisation d'un mucilage de gomme adragante suffit, grâce à la viscosité qu'il communique au liquide, à maintenir en suspension, pendant près de 24 heures, de petites doses de kermès ou d'oxyde blanc d'antimoine.

| | | |
|---|---|---|
| | Kermès | 0.20 à 0.40 centigr. |
| Ou : | Oxyde blanc d'antimoine | 0.20 à 0.60 — |
| | Sucre | 4 grammes |
| | Gomme adragante | 0 gr. 30 |
| | Sirop de fleurs d'oranger | 30 grammes |
| | Eau distillée | 120 — |

Cette formule peut être utilisée, pour l'administration, de doses d'oxyde blanc d'antimoine supérieures à 1 gramme qui sont complètement remises en suspension dans le liquide par une simple agitation. — Bricemorét.

*Voir la liste des prix de l'Académie de médecine aux pages* CCCCII *et* CCCCVI.

Digitized by Google

## VARIÉTÉS

### Le cheval du médecin de campagne (1)

Par Emile Thierry,
*Vétérinaire, membre correspondant de la Société nationale d'agriculture de France et de la Société de biologie*

VI. — A qui s'adressera le médecin pour savoir le cheval qui lui convient?

Ira-t-il sur un champ de foire? S'adressera-t-il à un marchand, à un éleveur, à un propriétaire?

Je ne saurais trop conseiller au jeune médecin de ne pas courir les foires et de ne pas choisir un cheval sur un marché. Aussi bien, le lieu est mauvais pour examiner l'animal qui, au milieu des autres, est toujours agité, alors même qu'il ne serait pas excité à cette agitation par celui qui le met en vente, et est, par conséquent, intéressé à cacher ses défauts, ou à faire croire que les vices d'aplomb ou d'autres plus graves tiennent précisément au milieu dans lequel se trouve le cheval.

On a l'habitude de dire, même bien haut, que *tous* les marchands de chevaux sont des voleurs. Pourquoi cette injure gratuite à ces négociants patentés? Je ne suis pas payé pour réhabiliter les marchands de chevaux; mais ce que je sais par expérience, c'est qu'en général l'acheteur qui s'adresse à un bon marchand est moins volé que par un propriétaire quelconque.

Evidemment, le marchand fait commerce d'une marchandise délicate, facile à détériorer, coûteuse a garder. De plus, comme tout commerçant, il a le droit de rentrer dans ses frais et de réaliser un bénéfice Pour toutes ces raisons, il doit se hâter de vendre, de faire l'éloge de sa marchandise et de la défendre contre les reproches qu'on peut lui adresser. Mais il a beaucoup de chevaux; s'il ne vend pas l'un, il peut offrir l'autre; il en a d'appropriés à tous les besoins. De plus, il a tout intérêt à satisfaire le client, pour qu'il lui revienne.

Il n'en est pas toujours de même du propriétaire. Je ne parle pas des agriculteurs qui ont l'habitude d'acheter des poulains de 18 mois à 2 ans, de les dresser et de les vendre lorsqu'ils deviennent adultes et ont acquis le maximum de valeur vénale. C'est une spéculation légitime. A ceux-ci, on peut en général s'adresser en toute confiance.

Tout autre est le propriétaire qui veut se défaire d'un animal unique. C'est, en général, un cheval médiocre ou mauvais, qui ne lui a pas donné satisfaction et qu'il veut vendre parce que, « ayant été volé, il peut bien en voler un autre ». Contre ceux-là, il faut se mettre en garde; ils sont moins honnêtes qu'un marchand, quel qu'il soit. Chez l'éleveur, on peut quelquefois trouver de bons chevaux. Je dis *quelquefois*, car il est rare que l'éleveur garde un animal qu'il a produit jusqu'à ce qu'il puisse être utilisé sans ménagements, son intérêt étant de transformer le plus tôt possible ses produits en argent monnayé.

VII. — Quand on a trouvé un cheval qui paraît convenir, il faudra l'examiner en détail et s'assurer de ses qualités et de ses défauts.

Il importe avant tout de le voir à l'écurie et de juger comment il s'y comporte. Le cheval doit se tenir bien d'aplomb sur trois membres, en en soustrayant alternativement un à l'appui, et le plus souvent un membre postérieur. On s'assure s'il se laisse approcher facilement sans coucher les oreilles et sans montrer les dents. Il ne faut cependant pas s'inquiéter si le sujet témoigne une certaine agitation quand une personne inconnue de lui l'approche. Cette agitation prouve qu'il a une certaine sensibilité nerveuse. On lui fait présenter un peu de fromage, ou mieux, un peu d'avoine pour juger de son appétit. Tout en l'abordant à l'écurie, on peut pincer la région lombaire, qui doit être souple et réagir au pincement. C'est encore un mode d'interrogation du système nerveux. On fait ensuite sortir l'animal; mais, avant qu'il soit hors de l'écurie, on lui examine les yeux sous la porte. Ils doivent être à fleur de tête, également ouverts tous deux, bien limpides, à fond noir et brillant, avec une grande mobilité de la pupille, ce dont un médecin saura toujours s'assurer.

On se place ensuite à distance, puis l'animal est mis dehors. C'est alors les yeux baissés et fixés sur les pieds qu'il faut approcher le sujet. Rien n'est plus important que la solidité et la perfection de la base de sustentation. « Pas de pied, pas de cheval, » a dit Lafosse. Le pied doit être bien conformé, ni trop grand, ni trop petit, proportionnellement au volume de l'animal. La paroi sera cylindro cônique, à grande base inférieure. La sole sera concave, et la fourchette bien épaisse et bien saine sous les quatre pieds.

On passe ensuite en revue toutes les régions, de la tête, du tronc et des membres, mais on s'assure surtout de la régularité des omoplates et de la netteté des membres.

On ne peut avoir la prétention de trouver la perfection chez un cheval de 1.000 à 1.200 francs, mais il est des tares qu'on ne saurait accepter.

Il faut particulièrement être en garde contre les chevaux qui présentent des plaies récentes ou des cicatrices aux apophyses temporales. Cela indique que l'animal est exposé aux coliques, toujours graves chez les herbivores. Il faut également se méfier des cicatrices ou des plaies que l'animal peut avoir au bout du nez, entre les narines, et, dans ce cas, s'assurer s'il n'y a pas également des cicatrices à la face antérieure des genoux Le plus ordinairement, les cicatrices du bout du nez témoignent sinon de la dévotion de l'animal, du moins de sa facilité à se laisser tomber sur les genoux.

Un cheval peut présenter des tumeurs osseuses. Il en est de bénignes; il en est de très graves. Lorsqu'on trouve des exostoses le long des canons (métacarpiens et métatarsiens) on peut passer outre, sans risque d'aucune sorte; ces tumeurs guérissent rapidement. Il n'en est pas de même des formes et des éparvins, que l'on peut sans crainte d'erreur sérieuse considérer comme très graves et presque incurables. Les formes sont des tumeurs osseuses qui siègent sur la couronne, immédiatement au-dessus du sabot. L'éparvin a son siège à la face interne et à la partie inférieure du jarret.

On peut donc accepter, sans arrière-pensée, un cheval ayant quelques exostoses le long des membres, au-dessous des jarrets et des genoux, mais il faut impitoyablement refuser celui qui est affecté de formes ou d'éparvin.

Il sera utile de s'assurer également de l'état de la respiration et de constater, à l'examen du flanc (région des hypochondres) si le mouvement respiratoire ne se fait pas en deux temps. Dans ce cas, le cheval pourrait être atteint d'emphysème pulmonaire.

Enfin, si on essaie l'animal monté ou à la voiture, il faudra le faire monter par le vendeur et laisser celui-ci aller seul dans la voiture jusqu'à ce qu'on ait acquis la certitude, par un examen assez long, que l'animal n'est pas vicieux, rétif ou rueur.

*(A suivre.)*

(1) *Suite* (voir le numéro précédent, page 798). — Nous avons demandé à M. E. Thierry de vouloir bien traiter ce sujet si utile pour les Praticiens de campagne et de la ville, et nous publierons prochainement la fin de cet article. — H. H.

Digitized by Google

## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**La papaïne dans le traitement des dyspepsies**

Au moment où la thérapeutique des dyspepsies revient à l'ordre du jour, le praticien ne doit pas oublier qu'il possède dans la papaïne, « cette pepsine végétale », un agent curatif de premier ordre. Würtz, dans plusieurs communications à l'Institut, a démontré que la papaïne agit *avec une énergie et une promptitude extraordinaires*, et que ce ferment végétal digère au moins mille fois son poids de fibrine humide ; l'action de la papaïne sur la viande de bœuf s'étend, naturellement, à l'albumine de l'œuf, au gluten et à toutes substances protéiques des deux règnes. Sur le lait principalement, l'effet digestif est remarquable ; ce qui explique les nombreuses guérisons de lientérie infantile, obtenues avec de la papaïne.

Ainsi que l'a écrit l'un de nos maîtres, « la papaïne fait digérer, comme l'opium fait dormir ». En effet, ce ferment eupeptique réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Tandis que la pepsine n'agit qu'à hautes doses, la papaïne réussit à doses faibles; son action n'est pas aussi infidèle que celle de son homogène animale, plus altérable, et dont la composition varie étrangement selon le mode de préparation employé. Tous les médecins qui ont eu recours à la papaïne, ont remarqué la constance de son pouvoir dissolvant ; son action catalytique sur les albuminoïdes donne lieu au chyme le plus léger et le plus nourrissant qui puisse exister. Cela s'explique ; car, tout en apportant à l'estomac le ferment qui lui manque, elle en sollicite la sécrétion : action thérapeutique conforme aux lois de la biologie. Aussi, l'organisme n'a-t-il point pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux, la digestion n'en est que plus parfaite et se rapproche davantage de l'eupepsie physiologique.

Rien d'étonnant, comme conséquences, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements les flatulences et les vertiges gastriques, qu'elle guérisse l'atonie intestinale, etc. Son action s'étend sur toutes les dyspepsies gastro-entériques qui ne sont, comme l'a bien vu G. Sée, que des « *opérations chimiques défectueuses.* » Or, la thérapeutique la meilleure n'est-elle point celle qui repose sur la pathogénie ?

Les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par Trouette-Perret. Son *sirop* de papaïne, destiné de préférence aux enfants (une cuillerée à café après chaque repas), est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats ; il donne de grands succès dans l'athrepsie et les diarrhées des enfants. L'*élixir* de papaïne, destiné aux adultes (un verre à liqueur après chaque repas) à base de liqueur anisée possède une puissante action curative dans la plupart des dyspepsies. — Ces préparations sont toujours exactement dosées. Leurs effets sont sensiblement identiques pour chacune des formes médicamenteuses qui effectuent toujours, d'une façon régulière et certaine, la peptonisation des substances albuminoïdes. — Dr Vernon.

**La digitaline dans les maladies infectieuses.**

Dans ces temps derniers, une série de travaux parus aussi bien en France qu'à l'Etranger ont démontré l'efficacité de la digitale dans les maladies infectieuses, en particulier dans la pneumonie ; et, le temps n'est pas lointain où se généralisera le traitement digitalique dont les avantages considérables et dont les heureux effets viendront triompher des derniers préjugés médicaux.

Dans les maladies infectieuses, le danger réside souvent, pour ne pas dire toujours, dans l'affaiblissement du cœur, lequel tient à deux causes, par exemple : 1° un obstacle mécanique qui détermine la dilatation de cet organe, comme cela s'observe dans la pneumonie, et 2° une intoxication des fibres cardiaques et du système nerveux qui les commande, par les toxines microbiennes. Dans ce dernier cas, l'affaiblissement du cœur en détermine la dilatation. Sans indiquer, pour l'instant, les signes de cet affaiblissement, ajoutons qu'à celui-ci se joint une asthénie vasculaire spéciale, un abaissement de la tension artérielle notable, dangers assez grands s'ils ne sont pas combattus. L'hypotension artérielle, en effet, favorise la repullulation des microbes, détermine la résorption des toxines et entrave la leucocytose ; aussi, est il urgent de la relever.

Le médicament de choix est alors la digitale, médicament énergique, dont les effets sont certains quand on sait bien le manier. A plusieurs reprises, Il a été souvent démontré que la meilleure préparation, à tous points de vue, et pour le dosage et pour la constance des effets, est la *digitaline française cristallisée (de Nativelle).* On ne saurait trop le répéter, car la crainte exagérée des alcaloïdes est encore tellement répandue qu'il serait temps d'en faire justice. Quoiqu'il en soit, les indications de la digitaline dans les infections sont nettes et précises et elles se font presque toujours sentir, car presque toujours, il y a hypotension artérielle. Une autre indication de la digitale relève encore de ses propriétés antithermiques remarquables ; et, si le temps n'est plus où l'on considérait la fièvre comme le seul élément essentiel à combattre, il n'en est pas moins avéré que, si tel n'est pas l'objectif, l'abaissement thermique est toujours suivi de bons résultats.

Le rôle bienfaisant de la digitaline *cristallisée* dans les infections est tel que, de la pneumonie où son emploi commence à se généraliser, on l'a appliquée à la grippe, à la fièvre typhoïde, à diverses infections mal caractérisées cliniquement, et toujours avec un grand succès. Il n'y a guère que la tuberculose qui reste réfractaire à son action.

En somme, il est à souhaiter que l'emploi de la digitaline ne soit pas réservé aux seules maladies du cœur, mais qu'il se généralise aussi à toutes les infections. Plus tard, quand divers travaux, actuellement en cours de publication, seront parus, nous pourrons reprendre cette question en détail, et citer tous les auteurs qui se sont faits les promoteurs de ce mode de traitement, ce que nous ne pouvions faire dans cette simple note thérapeutique.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

*Hôpital Saint-Louis.* — M. le Dr Nélaton

## De l'ostéotomie oblique destinée à corriger les cals vicieux du fémur

La pratique de l'extension continue telle qu'elle nous a été enseignée par M. Hennequin permet aujourd'hui de guérir les fractures de la diaphyse fémorale sans raccourcissement appréciable et de conserver au membre blessé son attitude normale.

Ce moyen d'action tout puissant et aujourd'hui employé par tous, a réalisé vous le savez un énorme progrès.

Il est d'emploi relativement récent, car il ne faut pas remonter à plus de vingt ans en arrière pour assister aux premières *applications pratiques* de M. Hennequin. C'est en 1877, alors que j'étais interne à Lariboisière, que je vis pour la première fois appliquer les appareils à extension que M. Hennequin a sans cesse perfectionnés depuis ce moment.

Or, à cette époque, ne l'oubliez pas, la règle était de voir une fracture sous-trochantérienne se guérir avec 4 ou 5 centimètres de raccourcissement.

C'est en vain que des chirurgiens très expérimentés, Velpeau, Nélaton (avec l'appareil américain, appareil à extension lui aussi), avaient cherché à éviter les raccourcissements. Chez les très jeunes sujets on y arrivait parfois. Mais chez les adultes, et surtout chez les hommes solides et musclés à qui un membre non raccourci sera le plus utile, on y échouait ordinairement.

Aussi ne saurait-on assez répéter à des praticiens qu'il y a aujourd'hui un mode de traitement des fractures du fémur qui permet de guérir sans raccourcissement appréciable à la vue ni sensible à la marche et que ce mode de traitement doit être appliqué à l'exclusion de tout autre.

Ce mode de traitement extrêmement simple, vous le connaissez tous : il est partout décrit, vous le voyez sans cesse appliqué dans tous nos services de Paris et je veux cependant vous le résumer en trois phrases.

Pour appliquer l'extension à une fracture de cuisse il faut :

1° Préparer un matelas sur lequel sera couché le malade. Faites à ce matelas une encoche, comprenant son quart inférieur et correspondant au membre fracturé. Ainsi, le malade étant couché sur le dos, la cuisse cassée reposant sur le matelas jusqu'au genou, la jambe tombera dans le vide au niveau de l'encoche faite au matelas. Cette encoche est en effet disposée de telle façon qu'elle commence exactement au niveau de l'articulation du genou du membre fracturé.

2° Appliquer un appareil ouaté sur le pied, la jambe et le genou jusqu'à huit travers de doigts au-dessus de l'interligne du genou. Cet appareil ouaté permet à la jambe de supporter la traction sans douleur et sans œdème. Il faut qu'il soit bien fait. Et pour cela il faut employer un gros paquet de ouate divisé en rouleaux soigneusement et méthodiquement disposés pour envelopper le membre. Deux bandes de toile de 10 mètres chacune permettent d'exercer une compression méthodique régulière, pratiquée de bas en haut sur la ouate. Une force moyenne est déployée pour assurer cette compression et si l'on a employé 500 grammes de ouate et qu'on l'ait méthodiquement disposée, on n'a aucune crainte de voir des escarres se produire. C'est le danger qu'aurait à craindre un médecin inexpérimenté et brutal.

3° Etablir l'extension avec une serviette disposée de la façon suivante : le milieu de la serviette pliée en cravate, est appliquée sur la face antérieure de la cuisse au-dessus de la rotule, puis ses deux chefs ramenés en arrière sont croisés dans le creux poplité et finalement conduits au devant de la jambe où ils sont noués. A ce nœud est fixé une corde qui passera sur une poulie mise au bout du lit *dans l'axe* de la cuisse; et au bout de la corde pendante et libre on attache 5 kilogs.

Tels est le résumé enfantin pour ainsi dire des règles fondamentales et classiques qui régissent l'application de l'appareil d'Hennequin. Vous les trouverez certes bien mieux, bien plus complètement exposées dans vos livres classiques et j'ai honte en quelque sorte d'avoir consacré les phrases précédentes à la description de ce que vous connaissez tous.

Et cependant ce que je viens de dire n'est pas inutile pour tous, car il est encore des médecins qui soignent autrement les fractures du fémur.

J'en ai eu cette année même deux preuves sous les yeux — je veux vous les rapporter :

Le premier exemple de fracture du fémur vicieusement consolidée que j'ai observée cette année est celui du jeune garçon, que je vous présente aujourd'hui guéri et rétabli dans une condition satisfaisante par l'ostéotomie oblique.

Ce jeune garçon de 16 ans m'était adressé par mon collègue et ami Reclus. Il avait eu vingt mois auparavant, au mois de janvier 1896, une fracture sous-trochantérienne du fémur avec grand déplacement. Il avait été soigné par un chirurgien de province qui avait pensé pouvoir appliquer l'appareil suivant : une couche de ouate enveloppait le membre inférieur depuis le pied jusqu'à la racine de la cuisse — puis le membre étant dans l'extension on avait appliqué *sur le pied* une traction de 5 kilos à l'aide d'une corde tirant sur une planche formant semelle. Avec cet appareil la fracture se consolida en deux mois. Mais avec quel raccourcissement ! Le jeune blessé ne marchait qu'avec une peine extrême, et appuyait sur la tête de ses métatarsiens le pied étant en équin complet ; en décembre de la même année le garçon tomba de nouveau ; il fut dans l'impossibilité de marcher quelque temps, mais on constata vite que cette nouvelle chute n'avait produit aucune nouvelle fracture. Au bout de

Digitized by Google

quelques semaines, le jeune homme reprenait sa très mauvaise marche et ses parents consultaient un peu de tous côtés.

Lorsque je vis ce jeune homme, il se présenta à moi en se soutenant sur des béquilles, son membre inférieur gauche n'atteignait le sol qu'avec peine et reposait sur la tête des métatarsiens, le pied étant dans un équinisme absolu. Le raccourcissement de 8 centimètres était dû à un chevauchement et à un changement dans la direction des fragments tel que la cuisse était coudée et que les deux fragments formaient un angle aigu à sommet externe. Le raccourcissement était si grand, qu'abandonné à lui-même sans béquilles, le garçon ne pouvait faire que quelques pas en exécutant des oscillations fantastiques.

En un mot, nous étions en présence d'un infirme, et cette infirmité était consécutive à une fracture du fémur soignée par l'extension continue mal appliquée. Il est certain que cette fracture placée sous une extension bien faite aurait laissé un raccourcissement insignifiant (1 ou 2 centimètres peut-être), au lieu de 8.

Pendant ces vacances dernières me trouvant à la campagne j'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue chez un jeune garçon de 16 à 18 ans, atteint encore de fracture trochantérienne. Ici, en raison de l'absence du médecin ordinaire de la région, le malade avait été soumis à une extension très insuffisante, et si le raccourcissement était moindre que dans le cas précédent, il n'en est pas moins vrai qu'il atteignait 6 centimètres, que la démarche était extrêmement mauvaise et que c'était encore un infirme en présence duquel j'étais.

C'est pour ces raisons et parce que j'ai ces deux cas tout frais dans ma mémoire que je vous ai rappelé les trois grands principes de l'application des appareils à extension, même mal appliqués, leur emploi vous donnera des résultats supérieurs à tous les autres.

Pour vous, l'enseignement à retenir de ces faits, est qu'il ne faut pas, qu'à la suite d'une fracture sous-trochantérienne, vous ayez un infirme et que la seule manière de l'éviter est l'application d'un appareil à extension continue.

Cette leçon a cependant un autre but et je veux examiner maintenant devant vous, si en présence du mauvais résultat acquis, du raccourcissement extrême du membre inférieur, de l'impotence fonctionnelle, de l'infirmité en un mot, le chirurgien doit se considérer comme désarmé.

Cette question est fort délicate, ainsi que vous allez le voir.

Lorsque je vis pour la première fois le garçon que je vous présente aujourd'hui, je fus frappé de son état d'infirmité. Lorsque le jeune homme se tenait debout, appuyant sur ses béquilles et sur son membre sain, son membre fracturé raccourci était pendant, vacillant en l'air. La coudure de la cuisse au niveau de sa fracture formait une saillie difforme ; si on faisait quitter les béquilles au garçon et si on l'engageait à marcher avec une canne, sa démarche devenait grotesque.

Ayant constaté que toute cette infirmité résultait du raccourcissement exagéré du membre et de sa mauvaise direction, je pensai qu'une ostéotomie reproduisant la fracture et permettant de la traiter par une extension bien faite pourrait diminuer le raccourcissement du membre et corriger sa mauvaise attitude.

Mais cette ostéotomie était une opération sérieuse exposant à des dangers et les résultats d'une extension faite sur des muscles rétractés et raccourcis depuis 20 mois pouvaient rester imparfaits.

Je conseillai donc aux parents de ce jeune garçon une ostéotomie pour remédier à l'infirmité en ne leur cachant en aucune façon ; d'une part, la gravité de l'intervention ; d'autre part, la possibilité d'un résultat médiocre,

Les parents, après avoir longtemps hésité pour une raison que je vous dirai dans un instant, décidèrent l'opération.

Le 12 août dernier, je fis avec le concours de M. Hennequin, une ostéotomie oblique.

Sur la face antérieure de la saillie formée par le cal vicieux je fis une incision divisant le muscle droit externe, je découvris la face antérieure du cal, et avec le ciseau et le maillet je fendis ce cal obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. La section osseuse avait environ 6 à 8 centimètres d'étendue.

Les fragments étant bien séparés l'un de l'autre, bien mobilisés, la traction exercée avec les mains sur la jambe n'arrivait cependant pas à corriger le chevauchement.

C'est dans ces conditions que la suture des parties molles étant faite, et la plaie pansée, M. Hennequin appliqua son appareil avec une traction de 6 kilogrammes le premier jour. Il porta rapidement cette traction (troisième jour) à 9 kilogrammes. Le garçon resta sous cette traction de 9 kilogrammes jusqu'au 15 octobre environ, et pendant ce temps nous vîmes graduellement le membre s'allonger et la saillie angulaire externe diminuer. Puis nous diminuâmes le poids, et depuis trois semaines la consolidation est obtenue. Vous voyez aujourd'hui le malade debout, devant vous « au port d'armes », on ne voit pas tout d'abord de différence en examinant les deux membres.

Cette différence existe cependant et le membre fracturé est resté de 2 centimètres plus court. Ce raccourcissement facilement corrigé par l'inflexion du bassin est à peine apparent dans la marche, et je ne doute pas que d'ici quelque temps une amélioration notable ne se produise encore dans la démarche.

Toujours est-il que vous êtes en présence d'un jeune homme conformé maintenant comme tout le monde et non plus d'un infirme. J'ai donc bien fait de donner le conseil de recourir à l'osteotomie oblique, et il faut que vous sachiez qu'on peut, grâce à cette opération, corriger de semblables infirmités. Sinon vous diriez, ainsi que cela

Digitized by Google

avait été dit aux parents de cet enfant, que pour conseiller une opération en pareil cas, il fallait être « idiot ou criminel ».

C'est cette appréciation donnée par un homme autorisé aux parents qui les rendait rebelles à mes conseils.

Je désire donc messieurs que de ces quelques mots vous conserviez les souvenirs suivants :

1° Une fracture du fémur doit être guérie sans raccourcissement.

2° Un seul appareil, l'appareil à extension vous permettra, dans les cas difficiles, d'obtenir ce résultat.

3° Si par malheur une fracture du fémur est vicieusement consolidée, on peut faire beaucoup par l'ostéotomie oblique et rendre, à peu de chose près, au membre sa longueur et sa direction. Cette opération présente un danger réel.

## CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

### Atrophie partielle des nerfs optiques à la suite d'une hématémèse

Par le Dr A. Terson
*Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu (Paris)*

Il est peu de rapports plus intéressants entre les maladies générales et les affections oculaires que ceux entraînés par d'abondantes *pertes de sang*. On sait aujourd'hui que certains sujets deviennent aveugles, à la suite d'une hématémèse, d'une métrorrhagie, d'une épistaxis, par exemple. Un certain nombre de ces faits isolés ont été déjà publiés : on les trouvera rapportés dans la *Thèse de Fries* (Tubingue, 1875), et dans le travail d'ensemble que nous avons publié avec un nouveau cas dans la *Semaine médicale* (1894.)

Mais, si l'affection est actuellement connue des ophtalmologistes, elle l'est beaucoup moins des médecins en général, si l'on en juge par l'absence de mention dans la grande majorité des traités et manuels de pathologie interne. Il nous semble cependant assez important à enseigner qu'un malade puisse être atteint de cécité *totale* et *souvent incurable* à la suite d'une perte de sang aussi banale qu'une *hématémèse*, aussi croyons-nous devoir publier le dernier cas que nous avons eu à traiter.

Il s'agit d'un blanchisseur, âgé de 59 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, à la fin de 1896, pour subir dans le service de M. Polaillon la cure radicale d'une hernie. L'opération fut pratiquée sans incident, mais, quatre jours après, le malade eut tout à coup, sans aucun prodrome, une hématémèse très abondante, qu'il évalue à une cuvette de sang. L'hématémèse était à peine terminée, sans qu'il y eut syncope complète, que le malade était saisi en quelques minutes d'une cécité totale de l'œil droit et conservait à l'œil gauche seulement la perception lumineuse. Quatre ou cinq ans auparavant, le malade, ayant été mouillé dans son métier et s'étant fortement refroidi avait eu une hématémèse non moins abondante, mais sans aucun trouble visuel. Examiné par M. le Dr Ferrand, le malade présente une sclérose cardio-vasculaire assez avancée : le foie est petit : la sclérose rénale paraît attestée par une polyurie assez abondante, sans sucre, ni albumine. Il y a quelquefois des vertiges, peut-être dûs à de l'ischémie cérébrale. Les artères radiales et temporales sont dures.

Le malade, vu son foie exigu, a peut-être une tendance à la cirrhose atrophique dont on sait les relations avec les hémorrhagies stomacales, mais il n'y a aucun signe précis. Il a, en tous cas, commis toute sa vie des excès alcooliques : il prise beaucoup et ne fume pas. Aucune affection cardiaque. Examiné par nous, un mois après l'hématémèse, le malade avait, après être resté une semaine environ aveugle, récupéré une vision suffisante pour se conduire. Mais, depuis cette époque, la vue n'a fait aucun progrès : le malade compte les doigts, de l'œil gauche, à 2 m. 50, de l'œil droit à 1 m. 50. Les champs visuels sont fort rétrécis, surtout à l'œil droit, concentriquement, mais leurs bords sont irrégulièrement festonnés. A l'ophtalmoscope, avec un certain rétrécissement des artères, le fond de l'œil présente une atrophie blanche des nerfs optiques : il ne paraît y avoir eu aucune trace d'inflammation rétinienne. La décoloration de la papille est plus marquée à l'œil droit. L'état est resté stationnaire depuis en somme près d'un an, et le malade, traité par le fer et l'électrisation modérée, est sorti récemment de l'hôpital.

Le cas précédent est un type d'atrophie partielle des deux nerfs optiques : cet état restera indéfiniment le même, surtout si on le compare à l'évolution des cas analogues.

Au point de vue du début, on doit remarquer qu'il s'agit d'un cas d'*amaurose foudroyante*. Le malade, tombé en demi-syncope au cours de son hémorrhagie, s'est réveillé aveugle et n'a récupéré un peu de vision que progressivement, après plusieurs jours de cécité ; l'amélioration a mis plusieurs semaines à devenir stationnaire. Ces cas d'amaurose foudroyante ont été déjà signalés, mais, d'après Fries, ce début ne se trouverait que dans 26 0/0 des cas environ. Généralement, ce n'est qu'après quelques heures, et plus souvent encore *3 à 6 jours après l'hémorrhagie* que la vue s'obscurcit peu à peu et que la cécité devient rapidement complète.

Quant au pronostic, rappelons qu'il est si grave que près de 50 0/0 des sujets demeurent totalement aveugles, par atrophie blanche des deux nerfs optiques ; dans un cinquième des cas, la vision peut revenir presque intégrale. Le reste du temps, comme dans notre cas, il persiste une atrophie partielle du nerf optique avec rétrécissements et lacunes considérables du champ visuel, avec notable affaiblissement, rarement égal des deux côtés, de l'acuité visuelle.

On ne confondra pas ces cas où l'examen ophtalmoscopique est décisif, en montrant la décoloration de la papille optique, avec les cas d'héméralopie (Ancke) et avec les

Digitized by Google

cas d'hémianopsie, sans lésion du fond de l'œil, survenue à la suite de pertes utérines (Pflüger, Panas); il s'agit alors d'une lésion cérébrale. Nous n'insisterons pas davantage sur les résultats de l'examen ophtalmoscopique, vu que nous l'avons longuement décrit dans le mémoire cité plus haut, de même que le diagnostic spécial avec les hémorragies dans les gaînes du nerf optique et l'embolie de l'artère centrale de la rétine. Rappelons cependant que, plusieurs années après, on peut être appelé à faire le diagnostic rétrospectif de la lésion, et à retrouver dans les antécédents du malade l'hémorrhagie qui a entraîné la cécité.

Il ne faut pas croire que ce soient toujours de très abondantes hémorrhagies qui soit en cause. On trouve un assez grand nombre d'observations dans les auteurs anciens, où des *saignées* peu abondantes, les sangsues mêmes, ont pu provoquer une cécité incurable. Il s'agit généralement d'hématémèses (surtout par ulcère rond); le cancer peut les produire aussi, mais souvent, et dans notre cas en particulier, l'hématémèse ne peut être attribuée à aucune cause parfaitement nette. Notre malade était surtout un artério-scléreux alcoolique. Le mélœna a été souvent observé et a pu quelquefois passer inaperçu. La menstruation profuse, les métrorrhagies (fibromyomes, accouchement, avortement) viennent ensuite; les hémorrhagies chirurgicales, à l'exception de la saignée, sont des causes rares. Les hématuries, les épistaxis, les hémoptysies sont également une cause relativement exceptionnelle.

Il faut tenir grand compte de l'état de déchéance et même, croyons-nous, d'infection générale pour expliquer ces faits. En effet, ils sont plus fréquents, au cours de l'anémie entraînée par des pertes répétées, au cours de fièvres graves, d'états généraux profondément altérés (cancer). Peut-être est-ce pour cela que la saignée a donné un grand nombre de ces cas, et les opérations chirurgicales ordinaires beaucoup moins, malgré leur fréquence et leur variété.

Même avec les défectuosités de l'hémostase ancienne, on ne trouve guère d'opérations chirurgicales (amputations, etc.) ayant entraîné la cécité. Il y a donc un terrain et des causes générales dont il faut tenir grand compte. L'artério-sclérose est aussi importante à constater, et elle était très marquée dans notre cas.

Au point de vue pathogénique, on doit rejeter absolument les théories de Græfe (hémorrhagie de la base du crâne, névrite rétrobulbaire), celle de Samelsohn (afflux de liquide céphalo-rachidien dans les gaînes du nerf optique), théories qui sont restées à l'état de pures hypothèses. Nous avons montré dans le travail cité plus haut, que seule l'ischémie du système artériel rétinien terminal pouvait expliquer le début des lésions, tout comme l'ischémie des artères cérébrales du cerveau, non moins terminales que l'artère du nerf optique qui est un système construit sur le même modèle, expliquait l'hémianopsie homonyme par pertes utérines. L'autopsie de Ziegler a montré du reste qu'il s'agit bien d'une dégénérescence primitive des fibres nerveuses, par nécrobiose résultant de l'ischémie artérielle comme dans l'amaurose quinique. L'œdème papillaire que l'on observe quelquefois est de l'œdème par stase veineuse et non par inflammation. La théorie inflammatoire dont on pourrait avoir l'idée pour expliquer, par endartérite rétinienne, les cas de lésion du nerf survenue *plusieurs jours après* l'hémorrhagie, ne saurait expliquer les cas *foudroyants*, où l'amaurose débute avec l'hémorrhagie, démontrant ainsi que dans tous les cas, l'anémie est la vraie coupable. D'autre part, l'artério-sclérose rétinienne favorise beaucoup, très probablement, la sténose artérielle définitive et l'établissement d'une cécité totale ou partielle. L'anémie, la diminution des globules, la valeur de l'hémoglobine, trouvée affaiblie chez notre malade (9,50 à l'hématoscope de Hénocque) par le Dr E. Reymond, ancien préparateur du Dr Hénocque, qui a bien voulu examiner le sang de notre malade, tout cela peut jouer un rôle pour expliquer comment bien des hémorrhagies, même chez des débilités, n'entraînent aucun accident oculaire. Il reste difficile à expliquer pourquoi, comme chez notre sujet, une forte hématémèse n'a rien entraîné, 4 ans avant la récente hématémèse qui a failli le rendre complètement aveugle. De plus, on explique malaisément pourquoi, dans certains cas, un œil, chez le même sujet, conserve ou récupère une vision parfaite ou presque parfaite, tandis que l'autre œil reste définitivement lésé. Il est vrai qu'on n'explique pas mieux pourquoi bien des syphilitiques n'ont qu'un œil atteint d'iritis, et pourquoi beaucoup de syphilitiques ne sont même jamais atteints d'accidents oculaires. On pourrait se poser la même question, insoluble autrement que par des hypothèses, pour toute affection générale à retentissement oculaire, quels qu'en soient la nature et le point de départ.

Au point de vue thérapeutique, si l'on est appelé lorsque le malade a déjà ses nerfs optiques atrophiés en tout ou en partie, on en est réduit au traitement ordinairement décevant de la plupart des atrophies du nerf optique (injection de strychnine, électrisation prudente, injection d'antipyrine, d'extraits organiques, toniques et reconstituants variés, tels que fer et glycéro-phosphates, régime substantiel et excitant). Mais nous croyons que, si l'on était appelé, dès le *début de l'affaiblissement visuel*, dans les premières heures, si c'est possible, le traitement pourrait heureusement modifier la situation et empêcher des désordres irrémédiables. On doit, en tous cas, si on est appelé de bonne heure, tenter un traitement énergique et persévérant, car certains cas peuvent guérir, et on ne peut jamais savoir à l'avance les cas qui resteront incurables puisque si près de la moitié des sujets restent aveugles, l'autre moitié regagne la vision en totalité ou partiellement. L'essentiel est que le médecin traitant la perte sanguine soit prévenu qu'il n'y a pas une minute à perdre, dès que la vision s'obscurcit, et que *toute perte de sang doit être surveillée à ce point de vue, au moins pendant*

Digitized by Google

*8 jours après qu'elle a eu lieu.* Après avoir employé, bien entendu, tous les moyens pour limiter la quantité de l'hémorrhagie et l'avoir arrêtée, on pourra faire respirer au malade le nitrite d'amyle, qui peut provoquer une certaine vaso-dilatation des vaisseaux de la face et de l'œil et luttera ainsi contre l'ischémie rétinienne. *Il faudra recourir de suite, à notre avis, à une abondante injection de sérum artificiel.* On maintiendra aussi la tête basse. Quant aux paracentèses de la chambre antérieure, pour diminuer la compression intra-oculaire sur les vaisseaux rétiniens, on ne la pratiquera, après avoir fait de formelles réserves, que lorsque les moyens précédents n'entraîneront pas une amélioration suffisante : il faut savoir, en tous cas, que l'opération est absolument inoffensive. On évitera, dans le traitement de l'hémorrhagie, l'ergotine et la quinine surtout, dont l'action ischémique sur les vaisseaux rétiniens, action bien connue aujourd'hui, pourrait être néfaste. Il est, en somme, parfaitement possible que le traitement précédent fait à temps empêche fréquemment l'atrophie de devenir totale : en tous cas et en toute conscience, en présence de la formelle gravité du pronostic, on a tout à gagner et rien à perdre, à l'appliquer aussi énergiquement que possible, et à faire de suite, pour ainsi dire, « la part du feu. »

Ces cas-là démontrent, en somme, la nécessité d'un examen ophtalmoscopique dès le début, en présence de ces faits qui intéressent plus particulièrement le praticien, l'accoucheur et le gynécologue.

# THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

## Procès du lait stérilisé

Par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux

C'est un procès, un procès de tendance, si l'on veut, que je vais faire aux partisans du lait stérilisé, c'est-à-dire à tout le monde, dont par conséquent je suis.

L'emploi du lait stérilisé, conséquence pratique des découvertes géniales de Pasteur, a contribué au sauvetage d'un grand nombre d'enfants soumis à l'allaitement artificiel. C'est un résultat immense qu'on ne peut nier. C'est un progrès manifeste, énorme, sur les moyens divers mis en œuvre par nos devanciers.

Il serait préférable, selon quelques-uns, d'avoir recours au lait seulement chauffé à basse température, pour conserver ainsi le lait pour ainsi dire à l'état vivant. C'est dans cet ordre d'idée qu'on conseille de faire têter directement les enfants au pis de divers animaux, ânesse, chèvre, vache même ou bien de donner le lait aussitôt trait, mais recueilli dans un récipient aseptisé à l'eau bouillante et sans le transvaser.

C'est un mode recommandable d'élevage, mais il faut des circonstances très particulières, parfois irréalisables dans des conditions données. A la campagne, avec une grande propreté dans la traite, des précautions spéciales, stérilisation des biberons, tasses, boîtes au lait, etc., il peut donner de bons résultats avec des animaux préalablement éprouvés à la tuberculine.

Mais ce n'est là qu'une très rare exception, et dans la pratique courante, il ne faut pas se baser sur l'exception, surtout si elle est aussi rare.

Dans les villes, par exemple, on en sera en général réduit à se servir d'un lait transporté. C'est donc en tenant compte de cette ambiance qu'il faut raisonner.

Dans notre engouement pour le lait stérilisé, nous inclinons à oublier que, quoique nous fassions, malgré la perfection relative de la méthode, nous recourons à un mode anormal d'allaitement, à un allaitement non naturel, à un allaitement factice, artificiel, d'après le terme consacré lui-même.

C'est ce point particulier qu'il ne faut pas perdre de vue et, dans notre confiance, si méritée qu'elle nous paraisse, dans le lait stérilisé, il ne faut pas que nous allions jusqu'à croire indifférent de faire nourrir un enfant au sein ou au lait stérilisé à l'aide du biberon.

Il n'y a qu'*un seul mode d'allaitement rationnel*, c'est l'*allaitement au sein*, l'allaitement au lait stérilisé ne le remplace pas. C'est le meilleur moyen de pratiquer l'allaitement artificiel, mais ce n'est, quoi qu'on fasse, qu'un pis aller, c'est seulement le mieux dans le pire.

Les avantages, quelque précieux qu'ils soient en réalité, que nous offre le lait stérilisé ne doivent pas nous encourager à ne pas faire une propagande acharnée pour l'élevage au sein.

Je ne parle pas de la minutie des soins que réclame l'allaitement à l'aide du lait stérilisé, à la maison, des erreurs, des négligences possibles, qui peuvent compromettre le résultat et qui doivent cependant entrer en ligne de compte.

Malgré de belles apparences, l'enfant soumis à l'allaitement artificiel, même avec le lait stérilisé, ne jouit pas d'un état absolument normal, aussi parfait qu'un autre sujet nourri au sein.

Les conséquences fâcheuses pour la nutrition de l'enfant, consécutives à tout allaitement autre que celui au sein, quoique réduites et atténuées par l'emploi de la stérilisation, n'en persistent pas moins à un certain degré et nous ne devons pas en faire totalement abstraction.

D'une façon générale, la flore bactérienne de l'enfant au biberon se remarque par sa plus grande richesse, par la variété plus nombreuse des espèces microbiennes. Quoiqu'il semble que le colibacille représente, lorsqu'il est virulent, l'organisme pathogène par excellence des infections gastro-intestinales, on sait que les autres germes de l'intestin peuvent acquérir un degré de virulence suffisant pour faire office d'agents pathogènes à action plus ou moins nocive.

Le lait de vache, comparé au lait de femme, se montre d'une utilisation digestive inférieure. C'est ainsi que les

Digitized by Google

résidus fournis par le premier l'emportent toujours sur ceux que laissent le second.

Par la comparaison de la teneur en azote des selles et des urines par rapport à l'azote du lait ingéré, M. J. Groscz (1), établit que l'enfant assimile 90 pour 100 des substances azotées du lait maternel, tandis que du lait de vache il n'utilise que 87 pour 100 de l'azote.

La quantité des selles est bien supérieure chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. On noterait, d'après MM. Lange et Berend (2), 25 grammes au lieu de 3,69, soit, proportion énorme, 6 fois plus. L'utilisation de l'azote de 86 pour 100 avec le lait maternel tomberait à 77,79 pour 100 avec le lait de vache, avec presque 7 pour 100 dans les selles, chez un dyspeptique, la graisse n'est absorbée que dans le rapport de 75,2, 78 à 85°5 pour 100.

Il y aurait même plus, d'après Leeds (3) le lait stérilisé pendant 1 heure à 100° laisserait par la digestion pancréatique, comme par la digestion gastrique un résidu plus fort, ainsi : digestion gastrique :

| | | |
|---|---|---|
| Lait cru | résidu | 0.153 |
| Lait stérilisé | — | 0.449 |

Digestion pancréatique :

| | | |
|---|---|---|
| Lait cru | résidu | 1.026 |
| Lait stérilisé | — | 1.596 |

Il n'y aurait à cet inconvénient qu'un palliatif, indiqué par Reichmann, c'est que le lait cru demande 3 heures pour être digéré et quitte l'estomac seulement au bout de 4 heures, tandis que le lait stérilisé se digère en 2 heures et quitte l'estomac en 2 heures 1/2.

Quoiqu'il en soit, on observe chez ces jeunes enfants d'apparence florissante, soumis à l'allaitement artificiel au lait de vache même stérilisé, une abondance toute spéciale des gardes-robes. Les matières copieuses, pâteuses, ont l'aspect de mastic avec sa couleur jaunâtre, pâle, assez uniforme. C'est la *dyspepsie du lait de vache pur* de M. A.-B. Marfan (4), qui prend acte de la fréquence relative de cette dyspepsie pour recommander le coupage.

L'aspect général même de ces nourrissons au premier abord des meilleurs, ne résiste pas à un examen plus minutieux. Ces enfants pèsent bien un poids élevé par rapport à leur âge, mais leurs tissus ont une certaine pâleur, il y a presque une certaine bouffissure. Dans le public, pour traduire cet état, on dit que c'est de la mauvaise graisse; médicalement c'est une exagération du système lymphatique.

(1) J. Groscz. Eiweiss Stoffwechsel des Neugeboren and d. Saugl. (Iahrb. f. Kinderh. B. XLV. H. 3-4. 20 mai 1897).

(2) Jérome Lange et Nic. Berend. Stoffwechsel versuche an dyspeptischen Sanglingen (Iahrb. f. Kinderh. Ibidem).

(3) A.-R. Leeds et Ed.-L. Davis. *The Chemistry and clinical Value of sterilyzed Milk* (*American Journal*, juin 1891, p. 560 et suivantes).

(4) A.-B. Marfan. Le gros ventre flasque des nourrissons dyspeptiques et l'allongement de l'intestin (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1884) et de l'allaitement artificiel (G. Steinheil, édit., 1896, p. 96.)

Ces enfants sont en somme des suralimentés ; lorsque cette suralimentation va trop loin, on peut observer de l'œdème comme par les injections d'eau salée. Ce sont des anémiques à forme floride.

La numération des globules fournit, chez les enfants nourris au lait stérilisé, un chiffre inférieur, lorsqu'on le compare à celui qu'on obtient chez les enfants allaités au sein (Hayem, Gundobin, Schiff, Audeoud) (1).

L'urine des enfants qui ne prennent pas le sein décèle aussi des modifications, en dehors des changements dans les divers rapports urologiques dont l'étude n'est encore qu'ébauchée (2). La quantité reste proportionnellement moindre que chez les enfants au sein (Grosez). On peut assez souvent y déceler la présence d'une faible quantité d'indican.

Enfin, comme dernier argument, on peut encore arguer du pourcentage de mortalité ; statistique en mains l'allaitement au lait de vache même stérilisé, ne fait pas descendre le chiffre des décès aussi bas que l'allaitement au sein.

Les laits humanisés, maternisés, celui de Gœrtner (3) ou celui de Backhans (4) comme les laits à composition variable employés en Amérique par M. Morgan Rotch, s'adapteraient peut-être mieux à l'allaitement de l'enfant (Escherich-Boissard), mais leur emploi est encore à l'étude.

Il y a peut-être une circonstance pratique dans laquelle, d'après quelques auteurs, le sein semblerait donner des résultats discutables ; c'est dans le cas d allaitement mercenaire loin du domicile des parents. Souvent les conditions déplorables dans lesquelles a' lieu cet allaitement réunissent une telle quantité de fautes d'hygiène, qu'elles en annihile tout le bénéfice et que parfois on doute que le sein ait bien été donné.

Quoiqu'il en soit, les faits signalés ici ne tendent qu'à un but, modérer notre enthousiasme pour le lait stérilisé. *Avant tout*, nous devrons nous faire les avocats fervents de l'*allaitement au sein*, et nous ne devrons admettre l'élevage au lait de vache même stérilisé, que devant l'impossibilité absolue du premier.

Nous n'avons pas le droit de soumettre, sans y être obligés impérieusement, un enfant à un mode d'allaitement qui le menace de plus de chances de mort que l'autre.

(1) Voir *Traité des maladies de l'enfance*, Grancher, Comby, Marfan, Art. de M. Audéoud. *Maladies du sang* (t. II, p. 65. Masson, édit., 1897.)

(2) G. Carron de la Carrière et L. Monfet. L'urine normale de l'enfant (*Acad. de méd.* 30 juillet 1897). Schiff, *Jahrb. f. Kinderh.*, janvier 1895).

(3) G. Gœrtner Die Fettmilch (Med. Doctoren-Collegium, 12 novembre 1894).

(4) Backhans (Berl. kl. Woch, juillet 1895). — Al. Keilmann (Iahrb. f. Kinderh., avril 1896). — Martin Thienisch (Iahrb. f. Kinderh., février 1897).

Digitized by Google

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Injections d'huile d'olive stérilisée au gaïacol iodoformé et tuberculose

Par A. Breton (de Dijon)
*Ancien interne des Hôpitaux de Paris*

L'année dernière, dans un article publié dans ce journal, nous avions attiré l'attention sur ce procédé des injections sous-cutanées d'huile d'olive stérilisée au gaïacol iodoformé. Nous avons continué à les employer en ville comme à l'hôpital et notre expérience porte sur 550 injections faites depuis la publication de la précédente note (*Journal des Praticiens*, 1896, n° 9).

Voici la formule :

| | |
|---|---|
| Huile d'olives stérilisée | 100 gr. |
| Gaïacol | 5 gr. |
| Iodoforme | un gr. |

Nous avons pu élever les doses injectées en une seule séance à 4 ou 6 centimètres cubes, sans aucun danger pour le malade.

Sur ce nombre, 424 injections furent données à 18 malades de notre clientèle, les autres ont été pratiquées à l'hôpital sur des tuberculeux pulmonaires pendant la période de six mois que dure chaque année notre service hospitalier. De ces derniers malades, nulle mention ne sera faite, parce que le temps d'observation est presque toujours insuffisant.

Il en va tout autrement des clients de la ville qui peuvent être suivis aisément et régulièrement pendant de longues périodes.

Le traitement ne donne évidemment rien qui vaille aux phases avancées de la tuberculose, mais ses effets sont salutaires aux premières périodes. Nous sommes persuadés, preuves cliniques à l'appui, qu'il peut enrayer et guérir une tuberculose à ses débuts.

Obs. I. — M. A..., 25 ans. Lésion du sommet gauche au premier degré. 31 injections.

Résultats obtenus : appétit conservé, augmentation du poids. Disparition de la toux. Pas de sueurs. Diminution des crachats, leur modification ; ils sont devenus muqueux. L'état général du malade est tel qu'il peut fournir douze heures de travail quotidien comme dessinateur dans une usine métallurgique.

Obs. II. — M. C..., 50 ans. Diabétique. Lésion du sommet droit au second degré. 47 injections.

Résultats : appétit conservé, augmentation du poids. Gêne de respiration bien moindre. Etat général satisfaisant. Depuis un an, disparition complète du sucre. Seule, l'expectoration muco-purulente ne se modifie pas et l'examen bactériologique est toujours riche en bacilles de Koch.

Obs. III. — M. D..., menuisier. Déjà cité dans notre précédent article. 16 injections seulement, ce malade venant plus rarement se soumettre au traitement.

Résultats : état général assez satisfaisant pour permettre les occupations de la profession. Etat pulmonaire très amélioré.

Obs. IV. — Mme E..., 46 ans. Lésion du sommet droit au premier degré. 28 injections.

Résultats : ce qui dominait, c'était une dyspnée condamnant la malade à la chambre. Présentement, elle n'existe plus. Cette femme sort chaque jour, fait de longues courses, vaque aux soins du ménage, monte son premier étage sans aucune gêne respiratoire. L'appétit est revenu, l'embonpoint s'accuse. L'expectoration est nulle ou insignifiante et l'auscultation pulmonaire est devenue à peu près négative.

Obs. V. — M. E..., 20 ans. Lésion du sommet gauche au premier degré. 29 injections.

Résultats : embonpoint manifeste, puisque le malade est monté en un an du poids de 130 livres à 145 actuellement. Appétit excellent. Reprise des forces. Nulle expectoration. Pas de sueurs. Fournit de longues courses et s'adonne au plaisir de la chasse. Il ne reste à l'auscultation que des frottements pleuraux sur une étendue de un centimètre sous la clavicule. Bacilles de Koch rares à l'examen.

Obs. VI. — Mme D..., déjà mentionnée l'an passé. 31 injections. Amélioration considérable. Marche sans essoufflement. Appétit conservé et reprise de l'embonpoint. Toux au moment du lever et du coucher seulement. Plus de sueurs. Expectoration très réduite, mais les crachats sont restés jaunâtres et épais.

Obs. VII. — M. G..., 39 ans, ouvrier dans une savonnerie ; a été déjà cité dans un article paru. Il suffit d'ajouter à ce que nous avons publié à son sujet que les forces, l'appétit, l'embonpoint, la facilité de la respiration sont les résultats acquis. Au mois de mai, notre malade fit une saison à Saint-Honoré et, depuis son retour (en juin), il a pu reprendre son travail effectif et continu. Or, ce travail consiste à faire manœuvrer une presse pour tailler et frapper les pains de savon. Ce sont donc des efforts soutenus et une fatigue qui sont exigés de cet homme et il peut largement y suffire. L'auscultation du sommet pulmonaire gauche étant négative permet de penser que la poussée bacillaire y est éteinte en ce moment. Quant au sommet droit, ce sont surtout des frottements qui y sont perçus.

Obs. VIII. — Mme M..., 32 ans. Tuberculose du poumon gauche au premier degré. A été contagionnée par son mari, phtisique, porteur de grandes cavernes aux deux sommets. 36 injections.

Résultats : reprise des forces, de l'embonpoint ; disparition de la toux, de l'essoufflement dans la marche. Le malade montait facilement ses deux étages. Les crachats, de jaunes et verdâtres, étaient devenus muqueux. Cette femme se portait très bien quand elle partit en Suisse pendant la bonne saison pour se soigner dans un sanatorium.

Obs. IX. — M. B..., 19 ans, étudiant en médecine. Tuberculose du sommet droit au début. Père et mère tuberculeux. Le père est mort et la mère est mourante. 9 injections. Ce cas clinique est le plus frappant au point de vue de l'amélioration rapide. Ce jeune homme n'est en traitement que depuis le mois de septembre. Au début, il était pâle, fatigué, avait maigri, plus d'appétit, essoufflé au bout de dix pas de marche et obligé de s'arrêter. La vue de la viande suffisait à provoquer des nausées. Sueurs nocturnes abondantes. Bien qu'ayant froid sans cesse, ce malade ne pouvait supporter la moindre chaleur sans tousser et être essoufflé considérablement. L'auscultation révélait des frottements et des craquements secs sous la clavicule en avant et dans la fosse sous-épineuse en arrière. Présentement, de 100 livres le poids est monté à 110 ; le visage est coloré ; la marche est devenue facile à ce point qu'il fournit chaque jour une longue promenade, et même que diverses fois il put, sans aucun repos, couvrir 10 kilomètres. L'appétit est excellent, la viande est supportée et mangée en quantité plus que

Digitized by Google

suffisante. Plus de sueurs nocturnes. La toux est pour ainsi dire dire nulle. L'expectoration est devenue simplement muqueuse. L'auscultation, pratiquée il y a trois jours, ne permet plus d'entendre de craquements, même après efforts de toux.

Voici donc en résumé quels sont les avantages procurés par cette méthode de traitement. L'essoufflement s'atténue, disparaît, plus de dyspnée ; la marche, les longues promenades, la montée des étages deviennent possibles. Les sueurs profuses sont enlevées. L'embonpoint s'accuse, il va d'ailleurs de pair avec l'appétit qui renaît, se maintient. L'état général du phtisique devient plus florissant, la figure reprend une mine de bon aloi ; les crachats se modifient, d'abord ils sont moins nombreux, puis graduellement leur aspect se change et de la purulence ils aboutissent à l'état muqueux. La toux si pénible devient rare, nulle. A chacun de nos malades, d'ailleurs, nous nous efforçons d'apprendre à ne tousser qu'utilement au moment de l'expectoration. En général, nous avons toujours noté l'apyrexie complète. L'auscultation permet de constater l'atténuation, puis l'amélioration des signes stéthoscopiques. Naturellement, ces heureux effets ne peuvent être atteints qu'aux deux premières phases de la tuberculose. A la phase ultime, à la période d'excavation pulmonaire, le traitement nous a donné un relèvement momentané de l'état général du malade. Mais ce bien-être ne peut être que relatif et passager, car à cette période de son évolution, la phtisie ne s'arrête pas.

Une grosse objection peut nous être faite : la présence du bacille de Koch toujours constatée chez nos malades.

Ce n'est point une panacée que nous vantons. Il s'agit simplement d'un remède qui donne de bons effets chez les poitrinaires. En persistant, en poursuivant la médication, nous pensons que pour les formes de début la guérison complète peut être obtenue. Nous avons eu deux succès complets dans deux cas de tuberculose chirurgicale, comme nous allons l'exposer.

Nous ne voyons pas de contre-indication à ce traitement. Pas un seul abcès à mentionner, grâce à l'asepsie qui entoure chaque injection.

Deux malades atteints de diarrhée, ont eu consécutivement à l'emploi du gaïacol, une éruption scarlatiniforme généralisée. L'érythème très prurigineux dura de 3 à 5 jours dans sa phase aiguë, avec léger état fébrile, et ne disparut complètement qu'après 8 ou 9 jours sans laisser de traces de son passage. Nous avons attribué ce trouble aux désordres intestinaux.

Nous avons dû renoncer aux piqûres chez un seul de nos malades. Chacune des injections était suivie d'un état de malaise avec tendance syncopale durant plusieurs heures, s'accompagnant de céphalée, goût désagréable dans la bouche, paraissant sitôt le gaïacol injecté. Tous ces phénomènes se déroulaient de 15 à 20 minutes après l'injection. Le cœur était en bon fonctionnement et nullement à incriminer. Seul le gaïacol était coupable, car nous avons modifié plusieurs fois la formule de nos injections, mais toujours elles produisaient les mêmes désordres, quand elles contenaient ledit médicament. Ils ont disparu après avoir eu recours à une autre formule d'où était exclu l'agent mal toléré.

Voici maintenant résumées nos deux tuberculoses chirurgicales.

1re *Obs.* — M. B..., 19 ans. Ostéite tuberculeuse suppurée de la phalange du médius droit. Début de la maladie en mai 1896. En juillet 1896, un chirurgien des hôpitaux de Paris constate de la fluctuation, incise la face externe de la phalange et pratique un grattage de l'os. La plaie reste fistuleuse et, fin octobre 1896, une seconde fistule se fait jour à la face palmaire au niveau de la tête du métacarpien correspondant.

Ce jeune homme est mis en traitement le 15 octobre 1896 et subit 12 injections, pratiquées par les trajets fistuleux et en couronne dans les tissus avoisinant. Ces injections étaient très douloureuses et mal supportées. Sous leur influence, les fistules se sont taries, l'épaississement osseux et des tissus ambiants a disparu, bref une guérison radicale était obtenue à la date du 8 février 1897. Depuis, elle ne s'est point démentie. Ce malade a repris ses occupations de mécanicien dans une usine de cycles. Quand il vint nous trouver, la première fois, il désirait être amputé de son doigt. Grâce au traitement, nous avons pu lui épargner cette mutilation.

2e *Obs.* — Une religieuse, âgée de 42 ans, est atteinte d'une lésion tuberculeuse à son début et siégeant à la face interne de la tête de la première phalange du médius droit. Le diagnostic fut confirmé par les rayons X. 15 injections furent faites. Les symptômes ressentis par la malade étaient les suivants : douleur spontanée, sourde, exaspérée par tout mouvement ; impossibilité absolue de faire usage de ce doigt, car tout heurt ou toute tentative de flexion était intolérable pour la malade. Le traitement ne put être conduit que durant deux mois. Mais à son départ, cette femme ne souffrait plus, supportait des pressions *loco dolenti*, commençait les mouvements de flexion, pouvait faire usage de sa main sans contrainte. Le périmètre digital du doigt malade était identique à celui de son homologue.

Vu ces résultats, nous pensons qu'en présence de tuberculoses osseuses, locales, facilement accessibles, il y a tout lieu d'essayer ce mode de médication.

Se tenir prêt néanmoins à opérer en cas d'urgence, mais savoir persévérer et attendre tout ce que peut donner ce traitement médical et conservateur.

Notre observation de cystite tuberculeuse concerne un jeune homme de 20 ans. Nous ne nous étendrons point sur les symptômes présentés, quand nous aurons dit que le diagnostic fut confirmé par M. le Dr Guyon lui-même. Ce malade en traitement depuis 2 ans a subi 36 instillations intra-vésicales faites à l'aide de la seringue du Dr Guyon. Les phénomènes consécutifs aux instillations consistent simplement en une sensation de brûlure, supportable, durant deux heures au maximum. Quant aux résultats obtenus ils sont excellents localement et l'état général ne laisse rien à désirer.

Au mois de juillet dernier, l'amélioration fut constatée par l'éminent professeur des maladies des voies urinaires, qui approuva le traitement et engagea à le continuer. Nous n'y insisterons donc pas davantage, la parole du maître plaidant *pro domo mea*.

Digitized by Google

# MEMENTOS DE MÉDECINE PRATIQUE

## THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

**Traitement de l'appendicite chez l'enfant.** — Ce problème tourmente fort les esprits dant le monde médical et extra médical; l'accord n'est pas fait sur la solution à lui donner. Quand doit-on se contenter du traitement médical? A quels signes reconnaîtra-t-on que l'intervention chirurgicale est nécessaire? Le Dr Brun vient de publier une étude intéressante et nous donne des indications nettes et des règles précises, résultat de sa grande pratique de l'hôpital des Enfants (1).

1° S'il s'agit d'une *appendicite simple — colique appendiculaire* de Talamon — le traitement médical suffit et l'extirpation de l'appendice ne devra être discuté que la crise terminée, à titre préventif.

1° Dans les cas les plus nombreux *d'appendicite avec péri-appendicite enkystée* — la *typhlite* classique — Brun essaie son traitement médical d'abord. Si, après vingt-quatre heures, il constate une amélioration, si légère soit-elle (diminution de la douleur, abaissement de la température, meilleure tenue du pouls), il continue à temporiser; mais si la température n'a subi aucun changement, si la douleur reste très vive, si le pouls demeure fréquent et à plus forte raison si une aggravation est survenue, il ne prolonge pas davantage sa tentative de traitement médical et il procède à l'opération.

Le *traitement médical* est institué de la façon suivante: 1° S'abstenir des purgatifs et des lavements, leur emploi intempestif n'étant que trop souvent la cause de la perforation de l'appendice ou de l'extension de la péritonite primitivement enkystée.

2° Pour favoriser le développement des adhérences protectrices et limiter autant que possible le foyer infectieux, il faut, avant tout, obtenir l'immobilisation absolue de l'intestin: immobilité complète du malade, diète sévère, opium. Pour calmer la soif, sucer de petits fragments de glace ou boire par cuiller à café de l'eau glacée légèrement alcoolisée. Pour l'opium, Brun prescrit soit une potion contenant pour 120 gr. d'excipient, 5 ou 10 gr. d'extrait thébaïque et 1 gr. de benzo-naphtol à donner par cuillerées à soupe de deux heures en deux heures, soit, si les vomissements sont fréquents, une injection de 1/4 à 1/2 centig. de chlorhydrate de morphine qui a en même temps l'avantage de calmer l'agitation et la douleur locale. De plus, une vessie de glace pilée est appliquée en permanence au niveau de la fosse iliaque.

« Il n'existe pas, a dit Dieulafoy, de traitement médical de l'appendicite; le traitement médical n'est bon qu'à faire perdre un temps précieux. » Brun montre que ce jugement est peut-être trop catégorique et que les médecins auraient tort de renoncer d'emblée à un traitement qui peut donner d'excellents résultats. L'effet de cette médication rigoureusement appliquée est souvent très rapide et son efficacité se traduit par un abaissement de la température et du pouls, par la diminution ou la suppression des vomissements, par l'atténuation de la douleur locale. Elle sera dans ce cas continuée avec la même sévérité jusqu'à disparition complète de la fièvre et de la sensibilité; c'est seulement alors et quelquefois après huit ou dix jours que l'on pourra sans danger provoquer une évacuation du tube intestinal et revenir à l'alimentation. Pour vider l'instestin, Brun préfère aux lavements les suppositoires glycérinés qui rarement échouent; quant à l'alimentation, elle ne doit être reprise que lentement lait, œufs, légumes cuits en purée.

Si, après 24 ou 36 heures au plus le traitement médical n'a été suivi d'aucune amélioration, Brun intervient de suite. Il donne la préférence à l'incision de Roux au-dessus de l'arcade, longue de dix à quinze centimètres; comme Routier, il procède d'emblée à l'ouverture de l'abcès quel que soit son siège. Quant à l'appendice, il l'enlève toujours, ne craignant pas de fouiller, pour le découvrir, les fausses membranes épaisses qui le plus souvent l'entourent.

3° Les *péritonites appendiculaires généralisées* nécessitent une intervention précoce et radicale; laparotomie médiane suivie de lavage et de la toilette aussi complète que possible de la cavité péritonéale.

4° Dans les *appendicites à répétition*, la résection à froid de l'appendice en dehors des crises est généralement admise. Mais faut-il opérer dès la première atteinte ou attendre plusieurs crises? Moizard, Rendu, Siredey, Legendre sont partisans de l'opération après une première récidive. Schwartz et Quénu considèrent comme une indication suffisante de l'opération la persistance dans la fosse iliaque droite, même après une seule crise, d'une tuméfaction ne tendant pas à résolution. Brun pense avec Roux que, comme les amygdales, l'appendice qui a été une fois infecté ne reconquiert qu'exceptionnellement son intégrité primitive et que les foyers mal éteints qu'il renferme constituent un perpétuel danger et il conclue à l'intervention même après une seule crise. — Dr Carron de la Carrière.

(1) *Traité des maladies de l'enfance.* MM. Grancher, Comby, Marfan, tome III. Masson.

## MÉDECINE LÉGALE

**Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie.** — Dans une de ses dernières séances, la Société de médecine légale de France a entendu une très intéressante communication de M. le Dr Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière, expert près les tribunaux, sur l'amnésie rétrograde dans

Digitized by Google

l'épilepsie — dont nous donnerons quelques extraits, le défaut de place ne nous permettant pas de publier cette communication *in extenso*.

Parmi les différents éléments d'appréciation des actes en rapport avec la crise épileptique, dit M. le Dr Séglas, il en est deux auxquels, à juste titre, on attache une grande importance, c'est l'*inconscience* qui a accompagné l'exécution de l'acte et l'*amnésie* consécutive.

En ce qui concerne l'inconscience, elle peut être absolue ou incomplète. Quant à l'amnésie, qu'il ne faut pas confondre avec l'inconscience, elle comprend certains actes antérieurs à l'ictus combinés et exécutés en toute connaissance de cause, lui imprimant ainsi un caractère rétrograde des plus nets.

Des exemples feront mieux saisir la chose. Le premier concerne un jeune homme de vingt-huit ans, dont le père était buveur, la mère très nerveuse, très émotive, assez mal équilibrée bien que très intelligente. Lui même a toujours fait preuve d'une intelligence bien développée ; son enfance s'est passée sans accidents particuliers et ce n'est que vers l'âge de 14 ans, étant au lycée, qu'il eut une première attaque de caractère nettement épileptique. D'autres survinrent ensuite très rares jusqu'à l'âge de 23 ou 24 ans. A ce moment elles devinrent plus fréquentes, se présentèrent une fois par mois. Le malade fut alors soumis à un traitement bromuré régulier et les crises s'espacèrent de nouveau. Voici dans quelles circonstances le Dr Séglas fut à même d'observer chez ce malade — chez lequel, en dehors de l'épilepsie — il n'y avait pas d'alcoolisme, pas de stigmates hystériques, le caractère rétrograde de l'amnésie épileptique. Un jour, vers midi et demi, il déjeunait assis en face de sa mère et causant avec elle. Il semblait être jusque là dans son état habituel, lorsque, au milieu du repas, il s'interrompt au cours d'une phrase. Sa mère toute étonnée le regarde, s'aperçoit qu'il pâlit, que ses yeux deviennent hagards et le voit tout d'un coup frapper violemment le bord de la table avec le couteau qu'il tenait à la main. Le couteau glisse, déchire le pantalon et fait à la cuisse droite une estafilade longue et superficielle. Le malade tombe à terre, est pris de convulsions toniques, de secousses dans les membres ; une mousse sanguinolente sort de sa bouche, il urine dans son pantalon, puis rapidement tombe dans le coma épileptique — il ne commence à revenir à lui qu'une grande heure après, mais ne retrouve à peu près complètement sa connaissance que vers la fin de l'après-midi. A ce moment, il n'a gardé aucun souvenir de son accès ; mais de plus ne se rappelle absolument rien des événements de la matinée qui l'a précédé. Il avait alors rangé des livres dans sa bibliothèque, écrit quelques lettres et était sorti faire diverses courses. De tout cela, il ne restait aucune trace dans sa mémoire.

En face de la sincérité du malade, rentré dans son état habituel, raisonnant fort bien de tout, mais persistant à nier tout souvenir relatif aux événements de la matinée antérieure à l'accès, il était évident qu'il s'agissait bien d'une amnésie rétrograde. A la suite des accès précédents, aucun fait analogue n'avait été constaté.

Le second exemple que cite M. le Dr Seglas s'est déroulé sous ses yeux, aussi a-t-il pu saisir sur ce fait et observer directement l'amnésie rétrograde.

Il s'agit d'une malade de la Salpêtrière, âgée de 50 ans, atteinte d'épilepsie tardive — chez laquelle — l'attaque, elle le dit du moins, se manifesterait par un petit étourdissement ; mais si court qu'elle n'a même pas le temps de perdre connaissance. On lui aurait bien dit qu'il y avait des choses qu'elle ne se rappelait pas, comme de se promener avec une lampe dans ses ateliers, mais elle ne s'en souvient pas et elle croit bien que c'est une histoire inventée dans une bonne intention, pour la décider à se faire soigner. A peine cette femme venait-elle de faire cette déclaration, que la voilà prise d'un de ces étourdissements : tout à coup, elle ne répond plus aux questions qui lui sont posées, elle devient pâle, puis rouge, l'œil hagard, le regard immobilisé dans l'espace (il était exactement 10 heures). Après un instant, la malade pousse un soupir et se livre alors à des actes automatiques. Elle remue machinalement un campimètre qui se trouve à sa portée. On le lui retire, elle se lève pour aller le chercher. Au bout d'un quart d'heure, après s'être livrée, pendant ce temps, à une série d'actes inconscients, comme de prendre son porte-monnaie, de chiffonner sa robe, de regarder le ciel, etc., la malade revient vite à son état normal, mais elle n'a gardé aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Elle se souvient de ce qu'elle a fait les jours précédents et le matin du jour où elle a eu sa crise jusqu'à un certain moment (vers 8 heures du matin). A partir de cette heure elle ne se souvient plus de rien, ni de sa conversation avec M. le Dr Seglas, ni de l'examen auquel elle a été soumise pour apprécier sa sensibilité et connaître son champ visuel avec le campimètre, etc. Ainsi donc voilà une amnésie consécutive à un ictus épileptique survenu à 10 heures 20, c'est-à-dire, sur une durée de 2 heures 20, et sur cette durée, deux heures appartiennent à la période rétrograde, qui se trouve ainsi de beaucoup la plus longue.

Cette amnésie — qu'il ne faut pas confondre avec l'amnésie comitiale — fut aussi permanente et complète pour la période rétrograde que pour la période consécutive à l'ictus, car les jours suivants, il fut impossible de réveiller aucun des souvenirs de la période amnésique, même en fournissant à la malade des points de repère. A titre d'exemple, elle ne reconnut jamais le campimètre qu'elle avait pu voir avant son accès et dont il avait fait usage au cours de l'examen auquel elle avait été soumise. Par la suite les souvenirs n'ont jamais reparus.

Il ne faudrait pas confondre l'amnésie rétrograde avec l'amnésie simple, consécutive, à une période d'aura délirante précédant l'accès convulsif, ou consécutive à des troubles plus généraux de la conscience dépendant d'un

Digitized by Google

état de confusion post-épileptique : L'amnésie rétrograde vraie est-elle fréquente? Elle n'est même pas signalée dans les traités les plus récents de l'épilepsie de Tounini, de Roncovini, de Miguel Bombarda. M. Voisin se borne à y faire allusion en disant que « lorsqu'il y a amnésie rétrograde c'est qu'un vertige a précédé l'accès convulsif. »

Sauvage la mentionne, Féré, dans son traité de l'épilepsie, écrit que, chez certains malades, il existe une amnésie rétroactive comprenant les faits récents et un rapport avec l'intensité de la décharge.

Dans un récent mémoire, un auteur allemand Alzheimer admet que les exemples d'amnésie rétrograde ne sont pas rares mais sont souvent méconnus ou mal interprétés, parce qu'il n'est pas facile de savoir s'il y a réellement amnésie rétrograde ou si l'amnésie n'est pas due à un état de confusion mentale avec obnubilation de la conscience pré ou post-épileptique, question qui ne peut être tranchée que par l'observation directe des accidents, et, d'autre part, tenir compte du sujet au point de vue notamment de l'alcoolisme.

Dans trois cas, cités par l'auteur allemand, l'amnésie était absolue, complète ; elle a persisté dix jours dans le premier cas, dix jours après un accès de confusion consécutif aux attaques et ayant duré lui-même une quinzaine: dans le troisième, l'amnésie installée après trois ou quatre jours d'accès répétés avec confusion mentale a duré vingt-deux jours.

Ces différents faits montrent combien est complexe la question de l'épilepsie et de l'amnésie épileptique et l'intérêt qu'elle présente, au point de vue médico-légal, puisque des actes, même criminels, entrepris et exécutés volontairement en dehors de toute manifestation comitiale, s'accompagnant de toute la conscience que peut comporter l'état mental habituel du sujet, peuvent cependant être oubliés par le fait d'un ou plusieurs ictus épileptiques survenus pendant ou même après leur exécution.

Comme l'amnésie de la période rétrograde, dans laquelle ils se trouveraient compris, peut être complète et permanente, qu'arrivera-t-il si l'on n'est pas en garde ?

A propos de cette communication de M. le Dr Seglas, M. le Dr Charpentier fait observer que ces faits peuvent être comparés à ce que l'on observe dans l'éclampsie des femmes en couches, où l'amnésie est la règle. Il n'est pas rare de voir des femmes — je pourrais en citer un exemple qui m'est absolument personnel — oublier non seulement d'avoir accouché mais même d'avoir été enceintes. Cette amnésie est caractérisée par l'oubli de l'état-civil. En effet, le plus souvent les parturientes ne se souviennent ni de leur nom ni de leur adresse.

Etant donné, je le répète, les services que la connaissance de ces faits peut rendre aux médecins-légistes, chargés de l'examen des épileptiques, au point de vue de la responsabilité de leurs actes il m'a paru bon de publier cette communication de notre savant confrère. Et puis, d'autre part, l'attention étant éveillée, cette question, qui paraît encore si peu étudiée, de l'amnésie rétrograde, dans l'épilepsie, ne pourra qu'y gagner, soumise à l'examen de tous. — Dr Yot, *médecin expert près le tribunal de Versailles.*

## THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

**Traitement de l'endométrite à son début par les vapeurs de brome.** — On est généralement d'accord sur ce point, que les inflammations si fréquentes des trompes et des ovaires, reconnaissent comme phénomène initial une altération de même nature de la muqueuse utérine, qui, progressivement, se propage jusqu'au niveau du péritoine pelvien. Aussi, s'est-on toujours préoccupé de traiter la maladie à son début, alors que les troubles dus à l'endométrite sont encore insignifiants et de s'opposer ainsi à la diffusion et à l'extension des lésions. Les moyens dont dispose la gynécologie et auxquels on a eu recours jusqu'à présent sont-ils suffisants ? Malheureusement non, la plupart du temps. Instillations, topiques divers portés dans la cavité utérine, injections intra-utérines, dilatations, sont des moyens défectueux, auxquels on peut appliquer surtout le reproche de ne donner lieu qu'à des améliorations momentanées. Le curettage lui-même, excellent dans les vieilles métrites avec altération profonde de la muqueuse, est impuissant dans les lésions de métrite récente, ou de métro-salpingite à son début ; la difficulté qu'on éprouve à déplisser partout la muqueuse et à porter la curette au niveau de l'ouverture intra-utérine de la trompe, où se localise souvent le mal, rend compte de cette impuissance. On a essayé, à l'aide de l'électrolyse, en se servant d'une sonde en platine, de développer de l'ozone antiseptique, destiné à modifier la muqueuse; les uns se sont servis de sonde en cuivre, les autres de sonde en argent, autour desquelles se forment soit de l'oxychlorure de cuivre, soit de l'oxychlorure d'argent. Ces derniers moyens ont donné, à la vérité, des résultats supérieurs, mais on peut encore leur adresser le reproche de ne modifier que la portion de muqueuse en contact avec la sonde et de ne pas s'étendre à toutes ses anfractuosités.

Frappé de l'inefficacité de ces divers agents thérapeutiques, un gynécologiste de valeur, le Dr Nitot, a cherché « s'il n'existait pas un corps médicamenteux, liquide, légèrement caustique, éminemment microbicide, capable d'émettre ses vapeurs à la température ambiante, vapeurs qu'il suffirait de recueillir, afin de pouvoir les envoyer avec dosage déterminé dans la cavité utérine. »

Or, les recherches de M. Gautrelet ont montré que les vapeurs de brome :

1° Offrent une densité considérable ;
2° Jouissent d'une très grande diffusibilité ;
3° Sont très fortement antiseptiques;
4° Sont douées d'une causticité spéciale susceptible

Digitized by Google

de modifier les épithéliums, sans toutefois les désorganiser ;

5° Enfin, elles présentent de ce fait une tendance marquée à tarir les sécrétions muqueuses.

Aussi M. Nitot choisit-il ce corps, pour « envoyer dans la cavité utérine de véritables vapeurs, à l'état gazeux, émanées d'une solution aqueuse saturée de brome, à la température ambiante. »

Voici d'ailleurs la technique à laquelle il eut recours :

« L'appareil dont nous nous servons, dit-il, est des plus simples. Il se compose d'un flacon à double tubulure de petite dimension dans le fond duquel on verse une petite quantité de brome pur et qu'on remplit ensuite au quart d'eau distillée.

Une des tubulures du flacon est munie d'un bouchon de caoutchouc qui est traversé par un tube de verre plongeant au fond du vase. A l'autre extrémité de ce tube de verre est ajustée une soufflerie.

La deuxième tubulure est également munie d'un bouchon de caoutchouc qui est traversé par un tube de verre, mais ce dernier ne descend pas plus bas que ce bouchon du côté de la bouteille. C'est par là que s'échapperont les vapeurs médicamenteuses quand elles seront chassées sous l'influence de la pression de l'air venant de la soufflerie et faisant barbotter le liquide du flacon

Ces vapeurs sont dirigées dans la cavité utérine à travers ce tube de verre qui est coudé et monté sur un fin tuyau de caoutchouc de longueur nécessaire, sur lequel on ajuste une sonde intra-utérine à double courant du diamètre n° 18 de la filière Mathieu.

Cette sonde intra-utérine à double courant possède une double courbure pour faciliter son introduction. Son petit diamètre nécessite rarement l'emploi d'une dilatation préalable Son aspect extérieur est celui d'une sonde vésicale à double courant dont la séparation serait antéro-postérieure et l'une de ses extrémités bifide. Chaque branche est munie d'une olive pour servir d'ajustage et aussi d'un robinet afin de pouvoir régler le retour des vapeurs. Chaque branche est identique afin de pouvoir servir alternativement de courant d'arrivée des vapeurs qui, par ce fait, agirait plus directement sur la moitié droite ou gauche de la cavité utérine. L'extrémité utérine de la sonde est unique et arrondie comme la sonde vésicale. Ses parois sont de chaque côté percées de trous latéraux dans une étendue de sept centimètres. C'est par les trous d'un côté que les vapeurs pénètrent dans la cavité ; et leurs excès s'échappent par les trous opposés. Afin de régler son introduction dans l'utérus ou de pouvoir augmenter au besoin la pression intra-utérine, la sonde est munie d'une olive qui est mobile sur elle à la façon d'un curseur et peut-être poussée et fixée jusqu'au niveau de l'orifice externe du col afin de pouvoir oblitérer cet orifice.

Les vapeurs qui reviennent de la cavité utérine par le retour de la sonde peuvent être reçues à travers un petit tuyau de caoutchouc dans une cuvette d'eau où elles formeront des bulles gazeuses, ce qui permettra de vérifier l'exactitude de l'opération et la régularité du retour des vapeurs employées. L'odeur des vapeurs répandues dans l'atmosphère est du reste caractéristique. Ces vapeurs sont légèrement irritantes pour la muqueuse nasale de l'opérateur, et c'est là peut-être le seul inconvénient de la méthode. Mais rien n'empêcherait de recevoir ces vapeurs à leur retour de l'utérus dans une solution alcaline étendue au centième de lessive de soude qui les absorberait en formant de l'hypobromite de soude. »

Plusieurs cas d'endométrite et d'endométro-salpingite ont été traités avec succès par cette méthode ; elle a donné également de bons résultats dans des hémorrhagies utérines et des leucorrhées plus ou moins rebelles. Les séances sont de quelques minutes et deux par semaine paraissent suffisantes. Quant aux inconvénients notés jusqu'à présent, ils ont été nuls, à part quelques coliques dues sans doute à la pénétratiou de la sonde intra-utérine et un goût métallique prononcé d'iode, qui tient à l'absorption du médicament, sans qu'on n'ait jamais observé de phénomènes d'intoxication.

Bien que ces recherches ne soient encore qu'à leur naissance, elles méritent assurément, en raison de leur haut intérêt et des premiers résultats acquis, d'être encouragées et continuées, et c'est à ce titre que nous avons cru bon d'appeler sur elles l'attention des praticiens.

L. Flersheim.

## MÉDECINE

**La question des huîtres.** — On se souvient de l'émotion produite l'an dernier, lorsque, devant l'académie de médecine, se déroula le procès des huîtres, accusées de donner la fièvre typhoïde.

Ce procès a-t-il empêché nos lecteurs de déguster ces crustacés ? Nous ne le pensons pas. Car, sans être imitateur de Vitellius qui dégustait jusqu'à 20 douzaines d'huîtres pour s'ouvrir l'appétit, au commencement de ses repas, on peut fort bien trouver agréable d'en gruger une douzaine. Aussi, bien que la science ait proclamé la nocivité des huîtres, l'estomac ne l'a pas suivie dans cette voie ; et c'est pour rassurer les amateurs d'huîtres que nous écrivons aujourd'hui ces quelques lignes, résumées de l'excellente thèse de Brocchi (*Paris* 1897). La nocivité des huîtres qui est très rare, peut être imputée à l'une des quatre causes suivantes :

1° Le *chromatisme*. Certaines huîtres sont vertes, d'autres brunes ou jaunes (huîtres de la côte rouge). Le verdissement est dû d'après MM. Puységur et Bornet à la présence d'une diatomée. Grunow lui donne le nom de *navicula ostrearia*. En 1892, MM. Chatin et Muntz conclurent que la coloration verte est due à la présence de fer. Heidmann essaya de déterminer, au moyen de l'analyse électrolytique, la quantité de fer et de cuivre que pou

Digitized by Google

vaient renfermer les huîtres ; et ses résultats montrèrent que le cuivre pouvait s'y trouver en quantité faible. A la suite de quelques cas d'intoxication par les huîtres, en avait accusé le cuivre des doublures de naviresauxquels le scrustacés étaient attachés ; mais les analyses de Chevalier et Duchenne montrèrent que ces croyances étaient erronées. D'après M. Chatin, les différents modes de chromatisme des huîtres n'impliquent aucune altération tissulaire, et on peut affirmer que les huîtres ne sont pas nuisibles par leur coloration. Les Anglais, seuls, dans un but commercial facile à comprendre (car les huîtres colorées. les plus estimées, n'existent pas en Angleterre) ont intérêt à faire soupçonner les huîtres françaises. Cependant, dans certains cas, on a observé des accidents quand les huîtriers se sont livrés à des falsifications dangereuses, et c'est ainsi que Rosilius Lentilius a rapporté des accidents dus à une tentative de verdissement des huîtres par le vert-de-gris.

2° *Période de reproduction.* Duméril, en 1819, soutenait que les huîtres consommées à l'époque du frai étaient malsaines et qu'il n'en fallait pas manger pendant les mois sans R ; mais Bouchon-Brandely a fait justice de cette créance. Certes, l'huître ardoisée paraît plus suspecte que l'huître laiteuse, mais ni l'une ni l'autre ne paraissent, de prime-abord, appétissantes. Pour éviter toutefois des accidents qui ont parfois été observés, on place le mollusque en état de sous-activité. Pour cela, le soir, au coucher du soleil, on retire les huîtres sur les bords des bassins et on les laisse reposer hors de l'eau pendant la nuit ; le matin, on les y repousse. Les œufs dépassent rarement ainsi les premiers stades de la segmentation, et c'est à peine si on constate une légère lactescence chez certains individus. C'est donc la présence de naissain plutôt que l'état même de maturité reproductrice qui pourrait être incriminée. Or, le naissain ne saurait passé inaperçu, il se révèle au premier coup d'œil, donnant à l'huître mère un aspect tel que la consommation l'écarte aussitôt.

3° *Altération tissulaire.* La teinte gris verdâtre de certaines huîtres est dûe, d'après M. Chatin, à une altération de la glande digestive anciennement décrite sous le nom de foie. Le pigment de la glande se modifie, se dissémine dans les divers tissus et leur donne cette coloration qu'on a voulu bien à tort, assimiler au verdissement des huîtres de Marennes.

Il faut également se mettre en garde contre l'usage des huîtres malades par leurs caractères organoleptiques : aspect noirâtre, jaune d'ocre, gris verdâtre, saveur fade ou alliacée, odeur d'acide sulfurique.

4° *Conditions d'ambiance.* La vase des parcs aux huîtres ne doit pas être fétide, sans quoi l'animal est atteint de la maladie appelée *chambrage* (mot du à la présence dans la valve inférieure d'une cavité close renfermant un liquide nauséabond). Dans certains cas, l'eau des huitres (Chantemesse), peut déterminer la fièvre typhoïde, car il est possible d'y déceler la présence du bacille typhique. Le Dr Klein fit à ce sujet des expériences fort intéressantes, d'où il résulte que le bacille typhique peut résister longtemps dans l'eau de mer, que des huîtres placées dans un milieu artificiellement contaminé par des microbes typhiques, sont susceptibles, pendant un laps de temps qui peut dépasser plusieurs semaines, de prendre des microbes. D'autre part, Boyce remarqua que chez des huîtres contaminées par le bacille typhique, et placées ensuite dans l'eau pure, on peut constater la diminution et même la disparition des bacilles dans une période de 1 à 7 jours. Il en résulte ce fait intéressant en pratique que si, d'une part, on évite la souillure des eaux des parcs, et d'autre part, si on a soin de placer les huîtres pendant au moins 8 jours dans de l'eau de mer pure avant d'être livrées aux consommateurs, tout danger d'intoxication ou d'infection se trouverait conjuré.

En somme, et c'est là la conclusiou à laquelle nous arrivons fatalement, c'est que le caractère de nocivité accidentelle de l'huître lui vient des souillures auxquelles on l'impose et que ce mollusque constitue, lorsqu'il est de bonne qualité un excellent aliment et parfaitement inof fensif. Ce dernier point sur lequel l'auteur ne fait que glisser doit préoccuper à juste titre non seulement les hygiénistes mais encore les thérapeutes. L'huître, en effet, peut être considérée comme un succédané éprouvé de la médication phosphorée.

Les récents travaux de MM. Chatin et Muntz ont mis une fois de plus en lumière le fait que la chair des huitres renfermait une quantité assez considérable d'acide phosphorique. Des huîtres de France de moyenne grosseur, contiennent 0,02 d'acide phosphorique, des huîtres portugaises en renferment jusqu'à 0,052 par individu, proportion de phosphore qu'elles renferment en combinaison directe et intime avec les composés organiques qui se trouvent dès lors dans un état très favorable à son assimilation.

La chair de l'huitre, et surtout celle de l'huître de Portugal, constitue donc, pour le moins, un aliment phosphoré d'une certaine valeur, aliment de plus, fort azoté et riche en fer. (10 huîtres d'Arcachon renferment plus de fer que 2 gr. 85 d'hémoglobine). (Environ 0,0011 par huître.) — M. D.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 10 décembre 1897*

**Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.** — M. L. Guinon. La contagion de la fièvre typhoïde, dans les services d'hôpitaux, a été niée par quelques auteurs, considérée comme rare par d'autres. On a cherché à expliquer certains *cas intérieurs* par ce fait que les malades avaient bu de l'eau contaminée.

On ne peut en dire autant de trois faits observés par M. Guinon à l'hôpital des Enfants-Malades. Ils concernent

Digitized by Google

trois garçons de cinq, six et douze ans, qui avaient été admis à l'hôpital, le premier, pour une polyomyélite aiguë ; le second, pour un purpura simple récidivant ; le troisième pour une bronchite. Ils présentèrent les premiers signes de l'infection typhique, 40 jours, 22 jours et 40 jours après leur entrée. Tous trois ont donné la séro-réaction positive et ont guéri au bout de deux à trois semaines.

A ce moment, régnait une épidémie de fièvre typhoïde, et la salle qu'occupaient ces enfants contenait des cas graves qu'on traitait par les bains froids. Cette salle était mal éclairée, mal outillée et encombrée. Il n'en faut pas plus pour expliquer la contagion de ces trois enfants. On ne peut invoquer d'autre mode d'infection parce que, pour deux au moins, l'hospitalisation, déjà ancienne, éloignait la possibilité d'une infection en ville. D'autre part, ces enfants tenus au lit, ne buvant que des tisanes ou du lait, n'ont pu se contaminer en buvant de l'eau infectée.

**Incontinence d'urine et des matières fécales au cours de la paraplégie liée aux névrites alcooliques.** — MM. Gilles de la Tourette et Gasne. L'existence chez les paraplégiques d'une incontinence des urines et des matières fécales est un des meilleurs arguments en faveur d'une localisation médullaire. Cependant la névrite alcoolique, ainsi que ces auteurs en rapportent trois exemples, peut s'accompagner de paraplégie avec troubles vésicaux et intestinaux par incontinence. La paraplégie d'origine névritique est curable. Dans ce cas, l'incontinence ne saurait être attribuée à une paralysie des sphincters d'origine médullaire, mais bien aux troubles mentaux de la psychose polynévritique. Sous son influence, le sujet, oublieux des habitudes les plus usuelles, urine dans son lit ou par terre au lieu de demander le bassin. Il importe donc dans ces cas d'établir aussi exactement que possible le diagnostic étiologique, afin de formuler un pronostic exact et un traitement approprié.

**La ménopause et le rein.** — M. Le Gendre. L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire et le système nerveux est bien connue ; on a moins étudié son retentissement sur la fonction rénale. D'après les faits qu'il a observés, M. Le Gendre pense que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire, soit en provoquant une congestion rénale et par suite une diminution des urines, soit en privant l'organisme d'un moyen d'émonction, et en créant, par rétention des urines éliminées par le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication. Ces accidents s'observent surtout chez les femmes neuro-arthritiques. Ils sont caractérisés par la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois par une légère albuminurie en une hématurie passagère souvent par des douleurs lombaires, des vomissements, de la céphalalgie. Ils peuvent être prévenus ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées, sangsues sur la région rénale ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine.)

**Pleurésie putride sans gangrène.** — M. Achard a observé un cas de pleurésie putride qui peut être rapproché de l'observation communiquée dans la dernière séance par MM. Widal et Nobécourt.

Il s'agit d'un jeune médecin chez qui une pleurésie droite se développa insidieusement. Plusieurs ponctions furent faites et donnèrent issue à du pus fétide. L'état général devint grave, la fièvre hectique apparut, un abcès gazeux se forma au niveau des ponctions. C'est dans ces conditions mauvaises qu'on décida de tenter l'empyème. L'opération fut faite par M. Villemin et suivie d'un succès remarquable. Quelques mois après, le malade reprenait ses occupations.

Il s'agit donc d'un pyothorax avec développement de gaz fétides, sans rien qui rappelât cliniquement la gangrène pleuro-pulmonaire. Ce fait montre bien l'utilité de l'intervention en dépit de la gravité de l'état général.

M. Courtois-Suffit rapporte l'observation d'un homme de 23 ans, atteint d'une pleurésie purulente pour laquelle il dut pratiquer la thoracentèse. Celle-ci donna issue à un liquide purulent d'une extrême fétidité. Le surlendemain de la ponction existait, du côté de l'épanchement, un vaste gonflement rougeâtre de la peau, commençant environ à 1 centimètre au-dessous du point d'entrée du trocart et produit par une infiltration de gaz et de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax. L'opération de l'empyème fut pratiquée, la plèvre lavée avec une solution de permanganate de potasse. La mort survint quelques jours après.

L'autopsie permit de remarquer qu'il n'existait aucune trace de gangrène ni sur le poumon ni sur la plèvre. L'examen microscopique du pus y fit voir une grande quantité de germes pathogènes.

**L'emphysème sous-cutané consécutif à la ponction du pneumothorax.** — M. Galliard. Divers auteurs et lui-même ont déjà signalé l'emphysème sous-cutané succédant immédiatement à l'extraction du trocart après la ponction du pneumothorax. Il cite, d'après MM. Ballet et Faure, l'observation d'un pleurétique, chez qui une injection accidentelle d'air comprimé, venant de l'appareil Potain, provoqua un pneumothorax artificiel et un emphysème sous-cutané circonscrit au moment de l'extraction de l'aiguille. Celui-ci disparut rapidement, et l'air injecté dans la plèvre se résorba en quatre semaines environ. La guérison de la pleurésie ne fut pas retardée par cet accident opératoire dont l'effet semble plutôt favorable.

L'emphysème sous-cutané, consécutif à la thoracentèse, se distingue d'ailleurs du phlegmon gazeux, tel que l'a observé M. Widal, et qui se manifeste plusieurs heures après l'extraction de l'aiguille.

M. Widal. L'emphysème sous-cutané, immédiat après la ponction d'un pneumo-thorax, est un phénomène mécanique. L'abcès gazeux, qui s'est produit chez notre malade quelques heures après la thoracentèse, autour du point ponctionné, est un accident d'origine infectieuse, dû à la pullulation des germes que l'aiguille, en se retirant, avait semés sur son trajet. — H. Marcigney.

Digitized by Google

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 15 décembre*

**Fin de la discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.** — M. Richelot. L'opération de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome s'est améliorée depuis quelques années, au point que tous les chirurgiens, se ralliant au procédé de Kelly, la pratiquent d'une façon presque uniforme, ne différant que par des nuances. Ces différences existent surtout dans l'hémostase de l'artère utérine, soit qu'on la lie directement, soit qu'on l'écrase entre des pinces.

Dans l'hystérectomie pour lésions annexielles, il enlève l'utérus et les annexes, peur empêcher toute récidive possible.

M. Picqué fait de courts rapports sur une cure radicale d'une grosse hernie inguinale par accollement du sac par M. Gilis, de Montpellier; un cas de péritonite herniaire, par M. Lemoniet, de Rennes; un ostéome traumatique du muscle brachial antérieur, par M. Gros, d'Alger; un procédé d'extirpation des tumeurs naso-pharyngiennes, par M. Gaudiez, de Lille.

M. Témoin, de Bourges, lit une observation d'extirpation d'une rate accessoire, guérison. — H. M.

## VARIÉTÉS

### Le cheval du médecin de campagne (1)

Par Emile Thierry,

*Vétérinaire, membre correspondant de la Société nationale d'agriculture de France et de la Société de biologie*

VIII. — J'ai été bien souvent consulté par de jeunes médecins sur la façon dont ils devaient alimenter leur bucéphale. Il est, à cet égard, des bases physiologiques fixes, et il est bon de ne pas suivre les conseils de prétendus connaisseurs ou amateurs qui soutiennent qu'un cheval de service ne doit jamais manger du fourrage.

Et d'abord, l'élément ligneux qui convient particulièrement au cheval qui travaille est le bon foin de prairies naturelles. Eviter avec soin de donner du fourrage de légumineuses, qui s'altère souvent, s'il n'est pas bien récolté, et renferme parfois des cryptogames vénéneux. La ration de foin à donner est très approximativement de 1 kilogramme par 100 kilogrammes de poids vif; soit 5 kilogrammes par jour, en deux ou trois fois, pour un cheval de 500 kilogrammes.

Le foin est nécessaire, non seulement par les principes digestibles qu'il contient, mais aussi par son ligneux, qui sert de lest, dilate l'intestin et assure ainsi le fonctionnement régulier des glandes intestinales. Un cheval auquel on ne donnerait que des éléments strictement digestibles mourrait rapidement d'inanition. Si la paille peut servir de lest, elle ne peut remplacer le foin à titre d'aliment. Elle a trop de matières ternaires inutilisables et pas assez de protéine.

Avec la ration qui vient d'être indiquée, un cheval qui ne fournirait aucun travail pourrait s'entretenir sans augmenter ni diminuer de poids. Mais ce n'est pas le cas du cheval de médecin, auquel il convient de donner un aliment de production concentré. Or, il n'en est pas de meilleur que l'avoine, qui, outre ses qualités alibiles, renferme un principe stimulant particulier, que Sanson prétend avoir isolé : *l'avénine*. L'avoine sera donnée en trois fois par jour au moins, à la ration minima de 6 litres et à la ration maxima de 12 à 15 litres, pour un travail régulier de 30 à 40 kilomètres par jour.

Il sera loisible de donner un peu de son, ou mieux, de farine d'orge à la dose de 2 à 3 litres par jour dans les boissons; mais cela n'est pas indispensable.

Quant à la boisson, elle sera de l'eau pure, potable et aussi limpide que possible : 20 à 25 litres par 24 heures représentent la quantité nécessaire. C'est dans cette eau qu'on pourra délayer le son et la farine d'orge. La boisson sera toujours donnée avant et jamais après l'avoine.

Pendant l'été, on peut sans inconvénient, voire avec avantage, substituer à une partie de la ration de fourrage une quantité double en poids de fourrages verts. De même, en hiver, on fera bien, si l'on en a à sa disposition, de substituer quelques kilogrammes de carottes fourragères ou de betteraves à une quantité moindre d'un tiers de fourrage sec.

IX. — Me sera-t-il permis de donner un dernier avis sur la conduite du cheval?

Je le pense; car, en général et sans malice, on peut bien dire que les médecins sont de médiocres conducteurs de chevaux. Il est superflu, je le crois du moins, de dire qu'avant de monter en voiture il importe de s'assurer si le cheval est bien attelé, si aucune partie des harnais ne le gêne ou ne le blessera par les mouvements que leur imprime l'animal en exercice. Le départ doit toujours avoir lieu à l'allure du pas sur un parcours de quelques centaines de mètres, afin de donner au cheval le temps de se « mettre en haleine », ce qui a beaucoup plus d'importance qu'on le croit généralement. Au sortir de l'écurie, le cheval ayant l'estomac rempli, respirant moins librement, son cœur est obligé à un effort plus considérable. On fera ensuite prendre l'allure normale sans jamais chercher à accélérer la vitesse. On s'aperçoit que la marche est trop rapide ou excessive lorsque, pour maintenir la vitesse exigée, l'animal prend une allure défectueuse, l'*aubin*, dans laquelle il galope du devant et trotte du derrière.

Les côtes rapides seront toujours montées au pas, et de même, il sera prudent de les faire descendre lentement. Si cependant on descend une pente accentuée à une allure vive, il faudra bien tenir le cheval en main et surtout en arrivant au bas de la côte; car c'est toujours au point précis où la route est en palier que les chevaux se couronnent.

Si la route est plate, sans accidents de terrain bien marqués, il sera bon, après une demi-heure au plus de trot, de « laisser souffler » la bête en la laissant marcher au pas sur une étendue de 150 à 200 mètres au moins; et cela surtout quand la température est élevée et la pression barométrique très basse. C'est faute de cette précaution, que beaucoup de chevaux succombent au *coup de chaleur* ou *anhématoxie*.

Quand un cheval devra parcourir, d'une traite, plus de 35 à 40 kilomètres, il sera prudent de le faire rafraîchir à mi-course en lui donnant à boire un demi-seau d'eau (6 à 8 litres environ) et en lui faisant manger un kilogramme d'avoine (2 à 3 litres). Pendant l'arrêt, la respiration prendra son rythme normal; l'eau bue opérera un lavage général en favorisant l'élimination des produits de déchet qui, en s'accumulant, produisent la fatigue

(1) *Fin* (voir les deux numéros précédents).

Digitized by Google

musculaire. L'avoine consommée en cours de route sera un stimulant nouveau pour achever la course.

Le professeur A. Sanson a en effet démontré que 1 kilogramme d'avoine contenait une quantité d'avénine suffisante pour produire une excitation immédiate d'une durée d'une heure au moins.

Nos lecteurs nous permettront bien, en terminant, de leur donner un petit conseil amical basé sur de très nombreuses observations personnelles : très souvent, trop souvent, le conducteur d'un cheval a l'habitude, pour accélérer l'allure, de tirer sur la bouche du sujet avec les guides. La main, qui tient celles-ci, fait un mouvement continu, quasi automatique, de va et vient. Rien n'est plus funeste. Cette traction sur le mors provoque une douleur assez vive de la gencive de l'espace interdentaire — disposition anatomique spéciale aux équidés appelée *barre*. L'animal prend peu à peu l'habitude de cette excitation factice et sa sensibilité s'émousse. C'est ainsi qu'on « perd la *bouche* » des meilleurs chevaux. Mais aussi quelques animaux très nerveux prennent, sous l'influence de cette excitation irritante, l'habitude de se cabrer ou de reculer.

C'est si simple de prendre le fouet si le stimulant de la parole ne suffit pas!

Enfin, il importe toujours de tenir les rênes en main et de sentir également la bouche sur les deux guides. On est ainsi prêt à tout événement si l'animal effrayé cherche à faire un écart.

## BIBLIOGRAPHIE

**La pratique des accouchements**, par Budin et Crouzat.

MM. Budin et Cronzat viennent de faire paraître la deuxième édition de leur livre : « La pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes ». Cet ouvrage, vite devenu classique, a déjà rendu les plus grands services. Il est entre les mains, non seulement des accoucheuses, mais aussi d'un grand nombre de médecins et d'étudiants qui le consultent avec profit. Essentiellement pratique, en dehors de toutes les discussions stériles, il sert de guide sûr et fidèle pour les difficultés les plus fréquentes de l'obstétrique journalière.

La seconde édition offre entre autres nouveautés l'exposé des progrès réalisés dans l'allaitement mixte et artificiel, et la législation nouvelle qui concerne les sages-femmes.

Le succès déjà obtenu par cet excellent traité ne pourra que continuer ; car le public ne se fait jamais faute de puiser aux sources d'enseignement les plus claires et en même temps les plus fécondes. — Démelin.

**Hygiène de l'oreille et des sourds**, par le Dr Gélineau (Maloine, éditeur).

M. Gélineau a voulu mettre à la portée du public médical et peut-être extra-médical, un manuel d'hygiène de l'oreille qui fut d'une lecture facile ; il y a parfaitement réussi. A part quelques préceptes fort contestables, comme le lavage de l'oreille chez les nouveau-nés, l'ouvrage contient de fort bons conseils et des notions intéressantes sur la prothèse auriculaire, empruntés aux divers auteurs qui ont écrit sur la pathologie de l'organe auditif.

A notre avis, en dehors des notions géuérales d'hygiène que chaque individu possède et applique par intuition, on peut résumer, en un mot, la prophylaxie des maladies de l'oreille : ne rien faire au hasard et consulter un médecin versé dans l'étude de la pathologie auriculaire dès le début de l'affection ; c'est, du reste, la conclusion contenue implicitement dans cet ouvrage. — A. Courtade.

**L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale**, par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon).

Dans cet ouvrage, M. le professeur Bernheim étudie, avec la compétence que tout le monde lui connaît, les divers chapitres suivants : Définition et conception de la suggestion et de l'hypnotisme. — Des suggestions criminelles. — De la suggestion démoralisatrice et moralisatrice. — Du viol commis par suggestion. — De la suggestion dans les crimes Exemples de procès célèbres. — De l'amnésie ; vie somnambulique en état de conscience modifié. Actes commis dans cet état. — Des faux témoignages de bonne foi par autosuggestion. — De la responsabilité morale. De l'éducation morale. Prophylaxie sociale.

**Recherches sur la structure de la rate**, par le Dr Paulesco. (Doin, éditeur).

Etude très consciencieuse, mais surtout anatomique, faite sous l'inspiration de M. Lancereaux, tendant à démontrer la structure glandulaire de la rate. La disposition des différentes parties constituant la rate ne diffère pas, pour l'auteur, de celle des autres glandes de l'économie. Toutes paraissent avoir été faites sur un modèle unique, et cela est conforme à la loi universelle de la nature : rareté de l'espèce dans l'unité du genre. M. Paulesco nous promet d'ici peu une étude de la physiologie de la rate, qui ne manquera pas de nous intéresser, nous médecins, car on y trouvera nombre d'idées nouvelles.

**De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale**, par R. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à la clinique chirurgicale de l'hôpital Necker. (Maloine, éditeur.)

**La dépopulation des campagnes et la défense nationale**, par le Dr Dubert (de Pont-du-Château).

I. — **Détermination rapide et précise des corps nus dans les tissus à l'aide de la radioscopie.**

II. — **Emploi des machines électro-statiques pour la radiographie et la radioscopie.**

III. — **De l'administration des poids et des liquides par les voies respiratoires**, par le Dr Stéphane Leduc, professeur à l'école de médecine de Nantes. (Extrait de la *Gazette médicale de Nantes.)*

### Erratum

Dans l'article sur les ferments en thérapeutique, la formule d'élixir de pepsine du Codex doit être rectifiée comme suit :

| | | |
|---|---|---|
| Pepsine extractive..... | 50 | grammes |
| Ou pepsine amylacée..... | 20 | — |
| Eau distillée..... | 450 | — |
| Alcool à 80°..... | 150 | — |
| Sirop simple..... | 400 | — |
| Essence..... | Q. s. pour aromatiser. | |

**Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée de 0,60 centimes en timbres-poste.**

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Causerie clinique & thérapeutique

*Hôpital Necker.* — M. H. Huchard.

**Embarras gastrique urémique.** — L'embarras gastrique est souvent un embarras de diagnostic, et je vais vous le démontrer une fois de plus par un exemple emprunté à l'urémie stomacale insidieuse et grave qui peut se cacher sous les apparences bénignes d'un embarras gastrique.

Il y a une douzaine d'années — et je crois bien avoir déjà rapporté ce fait dans une de mes cliniques d'alors — j'étais appelé près d'un goutteux de 64 ans que je voyais pour la première fois et dont je connaissais mal les antécédents morbides. Tout ce que je puis dire, c'est qu'à part une légère dyspnée d'effort dont il souffrait depuis un an, et quelques accès de goutte antérieurs, cet homme paraissait se porter d'une façon presque satisfaisante. Il me faisait appeler pour un « simple embarras gastrique » dont il était atteint depuis quelques jours, et en effet, la langue était très blanche et couverte d'un épais enduit saburral, il y avait une perte d'appétit absolue, quelques nausées, et une constipation opiniâtre. Je prescrivis un purgatif salin, et quelques jours après, un vomitif, parce que l'amélioration était lente à se produire, et surtout parce que le malade appelait toujours l'attention sur une *céphalalgie très violente* et persistante, devenue tellement le phénomène prédominant, que je finis par avoir des doutes sur la bénignité apparente de cet « embarras gastrique. »

Ce malade était goutteux, ne l'oubliez pas, et comme la goutte est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur, comme ce malade avait un peu de dyspnée d'effort, et que l'examen du cœur et des vaisseaux me permettait déjà d'affirmer une lésion commençante de ces organes (pouls serré et cordé, hypertension artérielle, retentissement diastolique de l'aorte, cœur impulsif), je fus amené à examiner les urines, chose qui n'avait pas encore été faite. Je trouvai de l'albumine en quantité notable, et je modifiai le diagnostic d'embarras gastrique en lui ajoutant la qualification d'*urémique*.

Je voulus prescrire le régime lacté exclusif, et je ne pus y parvenir, parce que le malade s'y refusait et que son entourage encouragé par quelques autres conseils médicaux, représentait ce goutteux comme un anémique que devait affaiblir encore « un régime aussi débilitant ». Il fallait, disait-on, à ce faux anémique, de la viande, des vins généreux, et surtout pas de laitage ! Résultat : cet homme empoisonné par les toxines alimentaires qui ont, comme je vous l'ai si souvent dit, une action vaso-constrictive des plus puissantes, devint de plus en plus « anémique », et après quatre mois, il succomba à une urémie aiguë qui avait été sans doute plus l'œuvre du médecin que l'œuvre de la maladie.

Si je vous cite ce fait qui s'est gravé dans ma mémoire et qui s'est présenté bien souvent dans ma pratique déjà longue, c'est parce que je veux appeler votre attention sur ce fait dont l'importance ne saurait vous échapper. Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un de ces cas de « stomatite urémique » que Barié a autrefois bien décrite.

Quand chez un homme âgé ou prédisposé à la sclérose artérielle par le fait d'un état morbide antérieur tel que la goutte, vous voyez survenir un embarras gastrique, et que celui-ci est marqué par une céphalalgie persistante, d'une intensité anormale, cherchez et vous trouverez une urémie commençante.

Maintenant, que faut-il faire ?

Sans doute le laitage est indiqué, mais le moyen de le faire supporter par un mauvais estomac ?... Il faut commencer par guérir l'embarras gastrique a u moyen de purgatifs, de vomitifs, et même de lavages d'estomac. Quand vous avez mis ce dernier organe en état de supporter le laitage exclusif, vous devez procéder à celui-ci, sans aucun atermoiement, sans aucune faiblesse .. Et c'est ainsi que vous devenez un opportuniste en médecine, puisque vous obéissez strictement à l'indication thérapeutique, et que celle-ci n'est autre chose que « la notion de l'opportunité médicamenteuse », comme je l'ai définie naguère dans plusieurs leçons cliniques (1).

**Action dissociée de quelques médicaments.** — Lorsqu'on analyse l'action de certains médicaments, on constate qu'il y a une véritable dissociation dans cette action : c'est ce que l'on remarque en particulier pour la *digitale*, et c'est là un point sur lequel vous savez que j'insiste beaucoup, car c'est seulement grâce à cette notion qu'on peut tirer du médicament tout son effet utile.

Par exemple, la digitale est un médicament en même temps cardio-tonique et diurétique, mais voici dans quelles conditions : Lorsqu'un malade asystolique avec de l'œdème et des épanchements séreux, prend de la digitale, on voit la diurèse apparaître et persister tant qu'il y a des œdèmes à résorber. Mais, à partir de cette résorption, la digitale cesse d'être diurétique et c'est alors que son action sur le cœur se manifeste, qu'elle arrive rapidement à la toxicité, si on en continue trop l'emploi, ou si l'on élève encore les doses. Ainsi, on peut dire que la digitale n'est diurétique qu'accidentellement ; elle ne résout pas les œdèmes ou hydropisies parce qu'elle est diurétique, mais elle *devient* diurétique parce qu'elle résout les œdèmes et élimine par les reins les liquides des hydropisies ; et c'est lorsque ceux-ci ont disparu que paraît surtout au maximum son action cardio-tonique. Il y a donc là une véritable action dissociée. Aussi, c'est surtout lorsqu'il n'y a plus d'œdèmes à résoudre qu'il faut surveiller ses effets, et en cesser rapidement l'emploi.

Bien que pour la *caféine*, cette dissociation soit moins marquée, elle n'en existe pas moins, et on la voit agir tantôt sur le cœur et tantôt sur le cerveau. Or, c'est pré-

(1) Leçons sur les indications thérapeutiques (*Un. méd.*, 1887).

Digitized by Google

cisément quand elle n'agit pas sur le cœur qu'elle amène des accidents cérébraux dont on a parlé avec un peu d'exagération dans ces derniers temps.

On peut en dire autant de la *théobromine* qui peut agir sur les reins, à titre de diurétique, sur le système nerveux et musculaire, et à un bien moindre degré sur le cœur. Ces trois actions peuvent être indépendantes les unes des autres, et on peut mettre à profit celle qu'elle a sur le système musculaire en l'administrant, ainsi qu'il a été dit plus haut, à des sujets affaiblis par le régime lacté exclusif. On donne, par exemple, un à trois cachets par jour formulés comme il suit :

Théobromine..... } aà 5 ou 10 gr.
Phosphate neutre de soude..... }

Pour quarante cachets.

Cette médication peut être continuée sans inconvénient pendant des mois.

Cette *action toni-musculaire* de la théobromine avait été autrefois entrevue par Gubler, qui l'appelait un « médicament dynamophore ». Il en résulte que, dans le traitement des divers états neurasthéniques, ce médicament (à la dose d'un ou de deux cachets de 0,25 ou 0,50 centig. avec une égale quantité de phosphate neutre de soude par jour) produit des effets souvent remarquables. La caféine et la théobromine sont des excitants ou plutôt des toniques musculaires, au même titre et à un degré plus accentué que la kola ; ces médicaments peuvent donc être utilisés, la théobromine surtout, comme des *agents de défatigue*.

Mais, il ne faut pas oublier, quand on les emploie, le principe de la « dissociation médicamenteuse », en vertu duquel, suivant des cas bien déterminés et des idyosyncrasies spéciales à certains sujets, la théobromine, par exemple, au lieu de produire la diurèse, au lieu d'influencer la contractilité musculaire, porte toute son action sur le système nerveux et donne ainsi lieu à la céphalée intolérable, à quelques troubles cérébraux peu graves sans doute, mais très incommodes qui commandent ainsi la suspension de son emploi ou de la diminution des doses.

J'arrête là ces quelques remarques thérapeutiques ; elles sont déjà suffisantes pour vous démontrer que le principe de l'action dissociée des médicaments peut éclairer la thérapeutique, inspirer la prudence dans des cas bien déterminés, et diriger souvent la conduite du praticien.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

### Gangrène spontanée de la main et de l'avant-bras gauches. — Endartérite. Amputation. Guérison

« Femme de 45 ans, robuste, prise au mois de mai dernier de violents élancements dans la main gauche, siégeant surtout aux doigts, avec sensation de brûlure insupportable, ne cessant ni jour, ni nuit. Elle s'aperçut alors que ses doigts avaient une teinte tantôt pâle, tantôt violacée. Elle travailla quand même, mais fut obligé de renoncer à se servir de sa main. En très peu de temps, ses doigts prirent une coloration noirâtre qui fut suivie très rapidement de la chute des phalangettes des doigts qu'un médecin détacha sans peine des phalangines Très peu de temps après la chute des extrémités des doigts, cette femme, inquiète de voir la même coloration brunâtre envahir la main, se rendit à Lyon où un médecin engagea cette femme à attendre l'évolution naturelle de sa maladie sans intervention chirurgicale d'aucune sorte.

Au mois d'août, la gangrène avait envahi toute la main dont la coloration était uniformément noire, sans changement de forme, gangrène humide, avec léger soulèvement épidermique et suintement séro-sanguin assez abondant et d'une odeur fade *sui generis*. L'avant-bras était envahi aussi d'une rougeur diffuse et très foncée se prolongeant jusqu'au coude surtout en arrière, avec des plaques noirâtres de gangrène commençante au niveau de la région antérieure radio-cubitale inférieure. Les douleurs étaient très vives et cette femme, qui avait des insomnies persistantes, réclama l'amputation de son bras, le plus tôt possible. On ne relatait aucune cause de gangrène, ni sucre, ni albumine dans les urines. Difficulté de sentir les battements de l'humérale.

On porte alors le diagnostic d'endartérite aiguë généralisée. Sur les instances réitérées de cette femme dont la température s'élevait à 38°5, avec frissons, les douleurs devenaient intolérables, on se décide à l'amputation du bras, au tiers supérieur. L'artère humérale était d'un calibre très petit et son ouverture, au lieu de rester béante, semblait présenter au niveau de sa section un état granuleux oblitérant une partie du vaisseau coupé. Le diagnostic était confirmé, il s'agissait d'une endartérite de cause inconnue.

***

La cicatrisation du moignon se fit régulièrement, et, deux mois après l'amputation, cette femme vaquait à ses travaux du ménage. Aujourd'hui, un an après l'amputation, cette femme, très active, se sert du bras qui lui reste, marche, travaille et ne semble pas menacée de semblable accident sur ses autres membres. »

Au sujet de cette observation résumée que nous communique le Dr *Magnin*, il fait les réflexions suivantes : Les gangrènes spontanées du membre supérieur, sans traumatisme, chez une personne dans la force de l'âge, ni albuminurique, ni diabétique, sans traces de cachexie, sont rares dans la science.

Dans la thèse du Dr Priolleau sur le rétrécissement généralisé des artères (1887), je trouve signalée une observation de Terrillon, relative à un jeune homme de 37 ans, à antécédents nuls, qui présentait un rétrécissement généralisé des artères, dût subir une amputation de la jambe gauche et guérit. Lancereaux a signalé l'artérite généralisée à évolution lente. Vulpian a, lui aussi, décrit une forme de maladie artérielle analogue, sans signes précurseurs. Mais je ne trouve dans les auteurs aucune observation relative à un cas semblable à celui que je publie ; c'est-à-dire une gangrène spontanée du membre supérieur.

Dans tous les cas observés, les lésions étaient localisées aux membres inférieurs, et l'oblitération était d'autant plus avancée qu'on examinait une artère d'un plus petit volume. Au microscope, on constatait de l'endartérite avec participation plus ou moins active des autres toxiques, mais pas d'*athérome*, épaississement scléreux de l'endartère, mais pas trace de concrétions calcaires. La diminution du calibre artériel coïncidait avec la faiblesse du pouls dans toutes les artères, et jamais on n'a constaté de dureté calcaire artérielle, lésion que nous savons se présenter quelquefois prématurément chez les personnes encore jeunes.

Digitized by Google

**L'infarctus des glandes de Meibomius.** — Chez les personnes d'un certain âge, quand on renverse la paupière, on voit souvent sous la conjonctive de petites taches jaune et clair. D'ordinaire, ces infarctus, d'après Fuchs n'occasionnent aucun inconvénient, parfois ils peuvent se transformer par l'accumulation de sels calcaires, en masses dures comme une pierre. Ces masses faisant saillie sous la conjonctive finissent par perforer par leurs arêtes aiguës et irritent l'œil mécaniquement. Ces lésions sont constituées par le produit épaissi des glandes de Meibomius, qui s'est accumulé dans les acini de ces glandes et en a provoqué la distension. Cette lésion diffère absolument du chalazion où il s'agit d'une inflammation chronique particulière.

Le traitement de cette affection consiste en une extirpation à la suite d'incision conjonctivale.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 21 décembre 1897*

**Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche avec grande mobilité. — Aucun appareil mobilisateur. — Massage et mobilisation immédiate. Restitution des mouvements et consolidation rapide en bonne position. —** M. J. Championnière. En présentant ce malade, j'appelle l'attention sur l'ensemble des traitements par le massage et la mobilisation que j'appliquai aux fractures de tous ordres. Ce traitement, que j'ai fondé sur des principes neufs, il y a plus de treize ans, a une importance très générale et bien autrement intéressante que les appareils de marche des fractures pour lesquels on a fait tant de bruit en Allemagne et dont une expérience intéressante vous a été communiquée par notre collègue M. Reclus.

J'ai montré que l'immobilisation n'était pas un élément indispensable ni même utile du traitement des fractures.

J'ai montré que le massage était la meilleure préparation et le meilleur complément d'une mobilisation propice à la réparation.

*Les os mobilisés avec massage périphérique se réparent plus vite et plus parfaitement que ceux qui sont immobilisés.*

Les membres massés sont souples et réparés dès la solidité obtenue.

J'ai apporté ici les nombreuses observations de fracture de clavicule, plus de cinquante, et montré plusieurs malades qui donnaient la preuve que sans immobilisation j'arrivais à un résultat supérieur à tous ceux obtenus par les appareils les plus compliqués.

Aujourd'hui, je montre un homme qui était atteint, il y a quarante jours exactement, d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus au-dessus de l'articulation du coude avec plusieurs fragments et mobilité en tous sens.

Cet homme souffrait cruellement et le coude paraissait devoir être déformé par le moindre mouvement. Pendant les quatre premiers jours, ce coude a été placé dans une gouttière. Au cinquième il n'a plus été soutenu que par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour et depuis sans être fixé davantage. Le poids du membre devait suffire absolument à maintenir ce membre en bonne situation. Après dix-huit jours il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour, ce malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, il a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour et ce malade a continué à être traité pour cette fracture grave à la consultation externe.

Si je montre ce malade, ce n'est pas parce qu'il présente un cas rare, c'est parce qu'il est le type d'une série considérable. Là comme pour la fracture de la clavicule j'ai eu des résultats constants.

Mais ici il s'agit d'une fracture grave qui passe pour avoir une mobilité très menaçante, pour être très difficile à contenir.

Dans l'immense majorité des cas elle laisse après elle une raideur articulaire constituant une difformité souvent irrémédiable.

Au lieu des six semaines que l'on assigne d'ordinaire pour la solidité de l'humérus brisé, nous avions un os solide en moins de trois semaines.

Un grand nombre de fractures de l'humérus sont justiciables du même traitement, toutes celles par exemple que l'on observe à quatre travers de doigt au-dessus du coude, comme toutes celles qui sont supérieures à celles du deltoïde. Plus de 20 fractures de cette sorte ont été depuis deux ans traitées ainsi dans mon service.

Les sujets adultes et les sujets âgés qui présentent les plus mauvaises conditions pour ces fractures sont précisément ceux qui bénéficient le plus de mon traitement.

J'ai fait pour ces fractures de l'humérus ce que je fais pour les fractures de clavicule, du radius, du coude, de l'omoplate et même pour bien des formes de fracture de jambe.

Non seulement ces principes sont susceptibles d'une très grande généralisation pour les fractures, mais ce sont des principes de physiologie pathologique de la plus haute importance pour la réparation de tous les tissus qui ont subi un traumatisme. *L'immobilité ne favorise point la réparation des tissus et des organes.* Ceux-ci ont besoin du mouvement pour se réparer comme ils ont besoin de mouvement pour vivre. L'immobilisation qui a été et est encore un procédé banal en chirurgie, doit disparaître.

M. Marc Sée. — Le massage n'agit dans les fractures que par la résorption des liquides épanchés. L'application de bandes de caoutchouc donne également de bons résultats.

M. Péan. — Les résultats de M. Championnière sont évidemment excellents; mais cette méthode, employée sans grands soins, est dangereuse. — Dans la fracture de l'extrémité inférieure du tibia, il y a souvent des déformations considérables quand on emploie le massage. — Il serait prudent de combiner l'immobilisation et le massage.

Digitized by Google

M. Monprofit rapporte une observation de réaction du pylore pour sténose cicatricielle avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille qui avala un liquide caustique et qui présenta, au bout de quelques mois, des phénomènes de rétrécissement pylorique, vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable.

Le pylore était extrêmement rétréci et la dilatation digitale fut possible; on en pratiqua alors la résection et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison se fit sans incidents et normalement au bout de quelques jours; la malade reprit son embonpoin.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance de 17 décembre 1897*

**Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde.** — M. Troisier. La récente communication de M. Guinon soulève un point intéressant de l'étiologie de la fièvre typhoïde, sa contagiosité dans les hôpitaux. Pour élucider le problème, M. Troisier apporte un fait nouveau. Il s'agit d'une femme soignée et guérie d'une pleurésie à l'hôpital Beaujon, qui y contracta la fièvre typhoïde vers le 40e jour de son séjour dans le service. Elle est en ce moment au 17e jour de la maladie, confirmée par l'éruption rosée lenticulaire, le séro-diagnostic. Or, il y avait en ce moment dans la salle trois malades atteintes de la fièvre typhoïde, dont deux dans des lits voisins. Cette femme n'avait pris comme boisson et alimentation que de la limonade, faite avec l'eau de la Dhuys et du lait. Il semble bien qu'elle ait été contagionnée par ses voisines, mais le mode de contagion reste obscur.

M. Netter a observé en 1895, à l'hôpital, cinq cas analogues, démontrant la transmissibilité de la fièvre typhoïde par contagion. Sur ces cinq cas, deux atteignirent des infirmières soignant des typhiques; les trois autres sévirent sur des malades longtemps après leur entrée dans le service, ce qui permet de penser que la dothiénenterie a été contractée dans le service, probablement par l'intermédiaire des mains imprégnées de germes typhiques et portées à la bouche. Des années 1892 à 1895, il a relevé 27 cas intérieurs de fièvre typhoïde, contractée dans le service de médecine de l'hôpital Trousseau; pendant la même période, aucun cas ne se déclara dans les salles de chirurgie, où, comme on sait, aucune fièvre typhoïde n'était soignée. Ces faits établissent la contagiosité hospitalière de cette affection, contagiosité que l'on peut supprimer par l'antisepsie des mains des infirmiers et infirmières.

M. Sevestre. A l'époque dont parle M. Netter il y eut, en effet, un foyer épidémique de fièvre typhoïde à Trousseau, alimenté par les dothiénenteries nombreuses que l'on y soignait.

M. Rendu. Il faut distinguer suivant que la contagion frappe les infirmiers ou les malades. Les causes de contagion sont fréquentes pour les infirmiers. Il n'en est pas de même pour un malade placé dans un lit et ne le quittant pas. Le fait de M. Troisier lui paraît unique.

M. Hayem n'a pas vu de cas de contagion intérieure; cependant ceux-ci doivent exister et s'observer dans les asiles de convalescence : le Vésinet ou Vincennes, où ils évoluent.

M. Gailliard a soigné en 1883 un pleurétique âgé de 60 ans, qu'il envoya à Lariboisière, où il contracta la fièvre typhoïde. Le malade rentra chez lui et y mourut.

M. Lemoine a vu dans son service un typhique communiquer la maladie à trois autres malades.

**La ménopause et le rein.** — M. A. Petit communique une observation qui confirme les conclusions énoncées par M. Le Gendre dans la dernière séance. Une femme de 39 ans, atteinte d'une double lésion mitrale, avec myocardite, néphrite albumineuse, présente des paroxysmes de dyspnée et de troubles asystoliques à chaque époque menstruelle; ces paroxysmes augmentent de gravité depuis que la malade a vu ses règles diminuer d'abondance, au point d'être assez souvent à peu près nulles. La digitaline et la théobromine sont sans action contre ces crises. Seules les émissions sanguines, suivies d'injections de sérum artificiel ont pu, jusqu'ici, enrayer ces accidents périodiques.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Le compte rendu de la Société de chirurgie paraîtra dans le prochain numéro.*

### Nouveaux membres du comité de rédation

MM. de Beurmann, Duflocq, Klippel, Moizard, Renon, Roques, Jules Simon, Vaquez, *médecins des hôpitaux*; — Beurnier Faure, Le Dentu, Gérard-Marchant, Mauclaire, Peyrot, Quenu, *chirurgiens des hôpitaux*; — Brissemoret, Castex, Desnos, Noguès, Piatot, A. Terson, Tournier, *anciens internes des hôpitaux*, sont ajoutés, à partir du 1er janvier 1898, à la liste du comité de rédaction du *Journal des Praticiens*.

Nous sommes heureux de souhaiter cordialement la bienvenue à nos nouveaux et savants collaborateurs, et de les remercier bien sincèrement de l'honneur qu'ils nous font.

Le nombre des membres du comité de rédaction est donc porté à 104 parmi lesquels 45 médecins des hôpitaux, 26 chirurgiens des hôpitaux, 6 accoucheurs des hôpitaux, et 25 anciens internes des hôpitaux.

Nous répétons que la collaboration réelle et active des membres du comité de rédaction est assurée, et nos lecteurs voudront certainement joindre leurs remerciements à ceux que nous adressons à nos distingués collaborateurs.

### Errata

Page 815. 1re Col. Lig. 1re. Lire trouver au lieu de savoir.
— 2e Col. Lig. 5. Lire fourrage au lieu de fromage.
— — — Lire aplooms au lieu de omoplates.
Page 653. Lig 6. Lire *processus cliniques* au lieu de processus chimiques.
Page 742. Partout où il y a *centig.* lire *centim.*
Page 702. Lig. 7. Lire besace au lieu de bétail.
— Lig. 8. Lire générale au lieu de génitale.

Le directeur-gérant du *Journal des Praticiens* : H. Huchard.

PARIS. — IMP. CHARLES SCHLAEBER, 257, RUE SAINT-HONORÉ.

Digitized by Google

# Table alphabétique des Matières

ANNEE 1897

Cette table a été composée pour être à la fois analytique et synthétique.

Dans le but de rendre plus facile et plus rapide les recherches du lecteur, on a multiplié les renvois, et les rubriques ont été composées en PETITES CAPITALES (noms d'auteurs), en normandes (organes, maladies, etc., etc.).

## A


**Abcès.** — urineux ; traitement des — (FLŒRSHEIM), 55 : — sous-diaphragmatiques (MERIGOT DE TREIGNY), 116 ; — sous-phréniques (PEYROT), 749 ; (PICQUÉ), 783 ; (LEJARS), 797. Voir : Anus, Appendice.
**Abdomen.** Plaies pénétrantes de l'— (CHUPIN), 29 ; Plaies de l'— (CAILLET), 624 ; Contusions de l'— (FLŒRSHEIM), 698. Voir : Massage.
**Académie de médecine.** 14, 29, 43, 58, 73, 91, 106, 123, 141, 156, 172, 187, 221, 237, 252, 269, 285, 300, 317, 332, 349, 363, 379, 396, 412, 427, 443, 461, 476, 490, 527, 543, 560, 575, 624, 638, 655, 667, 686, 701, 715, 733, 747, 782, 795, 835.
**Acétonurie.** 141.
**Achard.** Voir : Appendicite, Bleu de méthylène Choléra, Paralysies, Pleurésie, Rayons Rœntgen, Rein, Séro-diagnostic.
**Acide phénique.** Abus de l'—, 346 ; — et gangrène phéniquée (FLŒRSHEIM), 347.
**Acné.** Traitement de l'— (HALLOPEAU), 183.
**Acromegalogigantisme.** 669.
**Acroparesthésie.** (Ballet), 204.
**Actualités.** 31, 46, 61, 76, 95, 208, 224, 240, 256, 320, 383, 399, 431, 479, 670.
**Actinomycose.** (PONCET), 537.
**Adénie** sans-leucocytémie (HAYEM), 174.
**Adénites** cervicales tuberculeuses (FLŒRSHEIM), 170 ; — cervicales d'origine dentaire (MARCHANDÉ), 348.
**Adénoïdites** chez les adultes (MOURE), 530 ; — (MENDEL), 728.
**Adénophlegmons.** Traitement des — (ARROU), 433.
**Albuminurie.** Voir : Bleu de méthylène ; Pronostic des — (CAMESCASSE), 132, 149 ; — intense cyclique familiale, 520 ; — dyspeptique (ROBIN), 543.
**Alcaloïdes** des solanées. Voir : Solanées.
**Alcool.** L'alcoolisme et le monopole de l'alcool (CAMESCASSE), 5.
**Alcoolisme.** Rapport de l'— avec la conception et la grossesse (YOT), 220.
**Allumettes.** Le phosphore dans la fabrication des — (MAGITOT), 141 ; discussion sur les —. 156
**Allumettiers.** Modification du travail des — (VALLIN), 106.
**Altitude.** Voir : Cure.
**Amblyopie** sympathique, 175.
**Ammoniacaux.** Choix des sels — (LIÉGEOIS), 771.
**Amnésie.** Voir : Epilepsie.
**Amygdale.** Saprophytes de l'—, 202.
**Anesthésie.** Voir : Paralysie.
**Anévrysmes.** Voir : Syphilis ; — cirsoïde de la région temporale (NELATON), 30 ; — (LANCEREAUX).
**Angines.** Diagnostic bactériologique des — (MARFAN), 491 ; — à bacille court (BARBIER), 782.
**Angiocholite.** Infection chirurgicale dans l'— infectieuse (MICHAUX), 270 ; Intervention chirurgicale dans l'— infectieuse (QUÉNU), 224.
**Angiome** guéri par l'électrolyse (SCHWARTZ), 494.
**Ankylostomasie** (LESUR), 651.
**Anœrobies.** Microbes — (VEILLON et ZUBER), 201.
**Antipyrine** contre la sécrétion lactée (GUIBERT), 249.
**Anus** vulvaire (PETIT), 207 ; traitement des abcès chauds de la marge de l'— (FLŒRSHEIM), 726.
**Aorte.** Insuffisance aortique, 297 ; rupture de l'— (THOINOT), 687.
**Aortite** consécutive à l'érysipèle (THOINOT), 702.
**Aphasie** au cours d'un exanthème aigu, 271.
**Appendicite.** Pathogénie de l'— (ROUTIER), — (BRUN), 15 (DIEULAFOY), 782 ; anatomie pathologique de l'— (SIREDEY), 92 ; rapports de la lithiase intestinale et de l'— (RECLUS), 187 ; — et état nerveux ; — et lithiase intestinale (HUCHARD), 212 ; — (LUCAS CHAMPIONNIÈRE), 205 ; (DIEULAFOY), 205, 238 ; — hystérique (RENDU), 206 ; (RECLUS), 221 ; (MOIZARD), 238 ; (TALAMON), 253 ; (LABBÉ), 269 ; (DUMONTPALLIER), 300 : (HARTMANN), 749 ; — grippale (MERKLEN), 206 ; — et péritonite hystérique (TALAMON), 222 ; — suppurée (ACHARD et BROCA), 222 ; histologie de 21 cas d'— (LETULLE), 223 ; — et grossesse (LEGENDRE), 223 ; réflexion sur l'— (HUCHARD), 345 ; — par perforation (BRETON), 406 ; traitement médical de l'— (MASCAREL), 442 ; un cas d'abcès appendiculaire simulant une occlusion intestinale (PICQUÉ), 513 ; — 252, 317 ; Maladie infectieuse (FLŒRSHEIM), 251.
**Apoplexies.** Voir : Myocarde.
**Apyrol,** 187.
ARROU. Voir : Adéno-phlegmon, Panaris.
**Arsenicisme.** Troubles des muqueuses dans l'— (BROUARDEL), 283.
**Artère.** Voir : Pulmonaire.
**Artère** mésentérique. Voir : Embolie.
**Artériosclérose** des capillaires du cerveau 552.
**Arthrites** pneumococciques dans la pneumonie (DUFLOCQ), 286 ; — Blennorragique à gonocoques (MERCIER), 190.
**Arythmie.** Voir : Cœur.
**Ascite** chyleuse au cours d'un cancer de l'estomac (HIRTZ), 669.
**Asthénie** du tissu conjonctif (HUCHARD), 213.
**Asystolie** et respiration de Cheyne-Stokes (MERKLEN), 125.
**Ataxie.** Traitement des douleurs de l'— par le bleu de méthylène (LEMOINE), 427.
**Athétose.** Hystérique terminée par la guérison (LANDRIEUX et PLICQUE), 261.
**Atrophie** des nerfs optiques à la suite d'une hematémèse (TERSON), 803.
**Atropine.** Quand et comment faut-il employer l'— en thérapeutique oculaire (TERRIEN), 611 ; — contre l'intolérance quinine (AUBERT), 41.
AUBERT. Voir : Atropine.
**Audition** colorée (BRETON), 279.
AUSCHER. Voir : Cirrhose.
**Autoplastie** (DELBET), 123.
**Avallonnais.** Voir : Suisse.


## B


**Bactériologie** appliquée à la médecine légale (POUCHET), 204.
**Bacterium** coli. Voir : Uréthrite.
BABINSKY. Voir : Hémiplégie.
BALLET. Voir : Acroparesthésie, Cellule nerveuse, Cerveau, Moelle, Paralysie.
BALZER. Voir : Blennorrhagie, Cystite.
BANZET. Voir : Cathétérisme, Urèthre, Prostatiques.
BARBIER. Voir : Diphtérie, Angine, Rougeole.
BARETTE. Voir : Estomac.
BARJON. Voir : Syndrome.
BARTH. Voir : Pylephlébite.
**Bartholinites** (DUJON), 153.
BASEDOW. Electrisation dans le — (NEUMANN) 740.
BAZY. Voir : Plèvre.


Digitized by Google

Bébés. Voir : Constipation.
Béclère. Voir : Diabète, Empyème, Radioscopie, Pneumothorax, Rœntgen.
**Bec de lièvre.** Opération du — (Le Dentu), 193.
**Benzine.** Voir : Purpura.
**Benzoiodhydrine** comme succédané de l'iodure de potassium (Chenal), 9.
Berdal. Voir : Gonocoque.
Berger. Voir : Foie, Myxome, Sarcome.
Bernard. Voir : Rougeole.
Bernardbeig. Voir : Blennorrhagie.
Bernoud. Voir : Péripleurite.
Bézy. Voir : Hystérie.
Biard. Voir : Conjonctivite.
**Bibiographie.** 32, 48, 64, 80, 96, 112, 128, 144, 191, 208, 240, 255, 271, 303, 335, 332, 367, 384, 400, 416, 432, 447, 464, 480, 496, 512, 528, 545, 560, 575, 592, 624, 656, 688, 736, 784, 816.
**Bicyclette.** Voir : Cœur ; rôle de la — en médecine, 380.
Blanchard. Voir : Kyste, Tœnia.
Blanquinque. Voir : Psittacose.
**Blennorrhagie.** Abcès périuréthraux au cours de la — (Bernardbeig), 15 ; arthrite blennorrhagique avec troubles trophiques (Jacquet), 75 ; Voir : cystite — rectale (Griffon), 154 ; synovite blennorrhagique ; prœurethritique, 57 ; infection blennorrhagique grave (Chauffard), 285 ; traitement de la —, 408. Voir : Talalgie : Traitement du rhumatisme blennorrhagique (Balzer), 497.
**Bleu de méthylène.** Voir : Ataxie ; — dans le diagnostic de la perméabilité rénale (Achard), 418 ; — contre l'albuminurie (Lemoine), 823 ; Elimination du — (Achard), 511.
Bloch. Voir : Tarsoptose.
Boissard. Voir : Médicament, Grossesse.
Boldo. Voir : Monimia.
Boisseau du Rocher. Voir : Utérus.
Bouchard. Voir : Radioscopie.
**Bouleau** comme diurétique, 360, 813.
Bouilly. Voir : Péritonite.
Bourgeois. Voir : Rétine.
Bourneville. Voir : Myxœdème.
Bovet. Voir : Rein.
Braquehaye. Voir : Mastoïde.
Breton, Voir : Appendicite, Coxalgie ; Huiles d'olives.
Bricemoret. Voir : Cachet, Cytisine, Diarrhée, Ferments, Huile de foie de morue, Jaborandi, Kermès, Lichen.
Brissaud. V. Erb.
Broca. Voir : Coxalgie, Occlusion intestinale.
Brocchi. Voir : Huîtres.
Brocq. Voir : Erythrodermies, Lichen planus ruber, Nœvi, Pityriasis.
Brome. Voir : Endométrite.
**Bronchectasie** infantile (Molle), 472.
**Bronchite.** Formule contre la —, 8.
**Bronchopneumonie.** Voir : Créosote ; — due au bacille de Friedlander (Tripot), 588.
Brouardel. Voir : Arsenicisme.
**Brulures.** Mécanisme de la mort après les — 191.
Brun. Voir : Appendicite.
Budin. Voir : Lait.
**Bureau central.** Le concours du — (Gingeot), 46.
Busquet. Voir : Oreillons.

## C

**Cachets.** Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire en — (Bricemoret), 455, 471.
**Cachexie cardiaque** et Thromboses veineuses (Huchard), 787.
Caillet. Voir : Abdomen.
**Calculs** intestinaux (Mathieu), 222.
Cais. Voir : Ostéotomie.
Camescasse. Voir : Alcool, Albuminuries.
**Camphre** comme antigalactogue, 153.
**Canal thoracique.** Cancer du — (Troisier), 156.
**Cancer.** Voir : Rectum, Estomac, Ascite, Poumon ; — succédant à un ulcère (Mathieu), 509 ; — utérin, 88.
**Cannabis indica.** Intoxication par l'extrait gras de —, 320.
**Cardiopathies** dues à l'artériosclérose. Traitement des — (Rumpf), 423.
Carron de la Carrière Voir : Constipation, Rachitisme, Urine, Tuberculose. Gastro-entérites, Appendicite.
**Cascara Sagrada.** 254.
**Catarrhe** suffocant. Traitement du — (Deguy), 87.
**Cathétérisme** chez les prostatiques (Desnos), 780. Choix des sondes uréthrales pour le — d'urgence (Banzet), 67.
Cautru. Voir : Massage.
**Cellule nerveuse.** Lésions expérimentales de la — (Ballet et Dutil), 617.
**Cerveau.** Lésions du — dans la demence (Ballet), 363. Voir : Artériosclérose.
**Chalazion.** Traitement du — (Trousseau), 166 ; (Terson), 321.
Challan de Belval. Voir : Dothiénentérie.
**Champignons.** Empoisonnement par les — (Pouchet), 161, 237.
**Chancres.** Affections chancrelliformes de la verge et du gland (Du Castel), 130.
Chantemesse. Voir : Méningites.
Chaput. Voir : Estomac, Rotule.
**Charbon** (Leroy des Barres), 606.
Chauvel. Voir : Compression.
Charrin. Voir : Chlorose, Toxines.
Chauffard. Voir : Sténose, Insuffisance, Pylore.
Chenal. Voir : Benzoïodhydrine.
**Cheval** du médecin de campagne (Thierry), 798, 831, 815.
Chipault. Voir : Névralgie, Gibbosité, Phlébite.
**Chirurgie.** Voir : Poumon.
**Chlorate de potasse.** Intoxication par le —, 14.
**Chloroanémie** Voir : Epilepsie.
**Chlorose.** Pathogénie de la — (Charrin), 528 ; diagnostic de la — (Huchard), 191.
**Chlorure de sodium.** Action du —, 208.
**Cholécystite** suppurée d'origine calculeuse (Gérard-Marchand), 270.
**Choléocystostomie** (Lejars), 191.
**Cholédocotomie** sans suture (Quenu), 783 ; — (Lejars), 749.
**Choléra.** Sérodiagnostic du — (Achard), 286 ;
**Chorée.** Pathogénie et traitement de la — (Dresch), 419, 446.
Chupin. Voir : Abdomen.
**Chyle** Epanchements chyliformes dans les cavités séreuses (Rotmann), 105.
**Circonvolutions.** Rôle histiologique des — (Ferrand), 606.
**Cirrhose** et diabète bronzé (Rendu et de Massary), 107 ; — hypertrophique pigmentaire (Letulle), 108 ; — (Auscher), 126 ; — du foie (Weber), 534 ; — des buveurs (Lancereaux), 591 ; — des buveurs et plâtrage des vins (Lancereaux), 668, 747 ; (Laborde), 686, 715 ; (Huchard), 712, — hypertrophique alcoolique (Rénon), 787,
**Céphalométrie** intrautérine (Demelin), 573.
**Circoncision.** Technique de la —, 711.
Claisse. Voir : Sacrocoxalgie. Voies biliaires.
**Clavicule.** Traitement des fractures de la — (Championnière), 237.
**Cœur.** Photographie des bruits du —, 13 ; Ectopie cardiaque (Moutard-Martin), 45 ; Palpitations chez les soldats (Coustan), 104 ; action des poisons cardiaques (Gley), 127 ; ectopie cardiaque consécutive à une pleurésie droite (Petit), 477 ; arythmie du — chez les enfants (Comby), 505 ; — et bicyclette (Huchard), 521 ; syphilis acquise du —, 575. Voir : Cirrhose, Valvules, Paralysies.
**Colique** intestinale lithiasique (Dieulafoy), 172.
**Colite** muco-membraneuse ; érythème compliquant une — (Galliard), 174 ; — sous-muqueuse circonscrite, 727.
Collet. Voir : Oreille.
Collin. Voir : Peste.
Combes. Voir : Ulcère.
Comby. Voir : Entérite, Scarlatine, Pneumothorax, Estomac, Cœur, Rein.
**Compression** cérébrale par hémorrhagie (Chauvel), 670.
**Concours** des hôpitaux (Huchard), 399.
**Conduit** auditif. Bouchons du — (Courtade), 649.
**Congestions.** Voir : Phtisiques.
**Congrès** de chirurgie, 703, 717, 735, 750.
**Congrès** de Moscou, 591, 606.
**Congrès** de Toulouse, 494.
**Conjonctivite** subaiguë (Biard), 461 ; traitement de la — granuleuse (Rochon-Duvigneaud), 681.
**Constipation** des bébés (Carron de la Carrière), 21.
**Coqueluche.** Traitement de la — par la résorcine, 876.
Cordes. Voir : Frigothérapie.
**Corde** vocale. Paralysie de la —, 745.
**Cordon.** Insertion velamenteuse du — (Porak), 159.
Cornil. Voir : Foie.
**Cornet** inférieur. Dégénérescence du —, 920.
**Cornée.** Traitement des ulcérations graves de la — (Rochon-Duvigneaud), 343.
Cornil. Voir : Fibrine.
Coville. Voir : Monstre.
**Correspondance** des départements, 287, 447.
**Corps** étranger. Voir : Trachée.
Costinesco. Voir : Hémorrhagies.
**Coryza.** A propos du —, 616 ; contre le —, 103 ; traitement abortif du — (Courtade), 349, 382.
Courtade A. Voir : Explorateur, Conduit auditif, Oreille, Fosses nasales, Otorrhéiques, Coryza, Nez.
Courtade D. Voir : Incontinence.
Coustan. Voir : Cœur, Entorse.
**Coxalgie** hystérique (Breton). 228 ; traitement des abcès dans la — (Ménard), 240 ; traitement de la — (Calot), 381 ; (Gérard-Marchand), 415 ; traitement conservateur de la — chez les enfants (Kirmisson), 365 ; (Broca), 860.
**Crâne.** Voir : Radiographie, Tumeurs.
**Créosote** dans la forme éréthique de la tuberculose (Gingeot), 385 ; — dans la bronchopneumonie (Schoull), 378.
**Croup** d'emblée (Gillet), 546.
**Crural.** Voir : Souffle.
**Cubital.** Voir : Paralysie.
**Cuisse.** Voir : Hémiplégie.
**Cure** d'altitude. Indications de la — (Regnard), 457, 524.
**Cyanure** de mercure. Stérilisation des instruments de chirurgie par le —, 782.
**Cystite.** Injections d'air stérilisé dans la — tuberculeuse (Ramond), 106 ; — chez la femme (Escat) ; traitement de la — blennorrhagique aiguë (Balzer), 42 ; diagnostic de la — (Guépin), 284 ; — et calculs vésicaux (Flörsheim), 268.
**Cystotomie.** Voir : Fistule.
**Cytisine** et ulexine (Deguy et Bricemoret), 281.

## D

Dalché. Voir : Sang, Métrorragies.
Debove. Voir : Goitre ophthalmique, Ostéoporose, Œdème.
**Deciduome** (Durante). 10, 159.

Digitized by Google

**Decubitus** acutus dans l'hystérectomie (SEGOND), 186.
DEGUY. Voir : Estomac, Catarrhe, Epilepsie, Cytisme, Sauge, Pneumonie, Goitre exophtalmique, Lichen, Fièvre typhoïde, Gélatine, Diabète, Périviscérites.
DÉJERINE. Voir : Névrite, Little.
DELAGENIÈRE. Voir : Gastrostomie.
DELBET. Voir : Autoplastie, Mal de Pott.
DELORME. Voir : Syme.
DÉMELIN. Voir : Vomissements, Tétanos, Céphalométrie.
DEMONS. Voir : Luxation.
**Dentifrice.** Du choix d'un — (MARCHANDÉ), 811.
**Dentition.** Accidents de la première — (MILLON), 236.
**Dents.** Infections dentaires (MOTY), 335.
**Dermatologie.** Voir : Toxines.
DESFORGES MERIEL. Voir Rectum.
DESNOS. Voir : Cathétérisme.
**Diabète.** Voir : Pseudolypomes, Cirrhose, Epilepsie ; traitement du (MARIE), 364 ; — levosurique ; syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique avec insomnie et impuissance (MARIE), 429 ; — levosurique (BÉCLÈRE), 445 ; opothérapie pancréatique dans le — maigre (DEGUY), 739 : troubles nerveux du — (RENDU), 721.
**Diabétiques.** Doit-on donner du lait aux —, 185.
**Diaphragme.** Névralgie diaphragmatique d'origine paludéenne, 734.
**Diarrhée** dans le goitre exophtalmique (LIÉGEOIS), 86 ; potion contre la — (BRICEMORET), 696.
DIEULAFOY. Voir : Lithiase, Appendicite.
**Digestifs.** Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes —, 574.
**Digitale.** Action de la — (FRANCK), 110 ; — (HUCHARD), 115 ; les feuilles de — et la digitaline cristallisée (HUCHARD), 337. Voir : Pneumonie.
**Dilatation.** Voir : Urèthre.
**Diphtérie** de l'adulte (GOUGENHEIM), 94 ; contre la —, 40 ; associations microbiennes dans la — (KÜHNAU), 140. Voir : Myocarde, Myocardite ; — (SEVESTRE), 476 : statistique de la — (SEVESTRE), 491 ; virulence du bacille de Lœffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la — (LEMOINE), 428 ; statistique de la — (VARIOT), 445, diagnostic de la — (BARBIER), 444 : recherches bactériologiques sur la — (BARBIER), 715 ; généralisation du bacille de la — (SEVESTRE), 733.
**Diurétiques** dans les hydropisies cardiaques (LIÉGEOIS), 404 ; — dans les hydropisies rénales (LIÉGEOIS), 722.
**Doléris.** Voir : Fractures.
DONETTI. Voir : Ethers.
**Dothiénentérie.** Séro-réaction du placenta (MOSSÉ), 174 ; séro-diagnostic de la — (SABRAZÈS), 45 ; irrigation abdominale médiate dans la — (CHALLAN DE BELVAL), 795.
DOUMER. Voir : Fissure.
DOWER. Comment on doit prescrire la poudre de — (LIÉGEOIS), 244.
DRESCH. Voir : Chorée.
DU CASTEL. Voir : Chancres, Pemphigus.
DU CAZAL. Voir : Péritonite, Tuberculose.
DUCLOS. Voir : Intestin.
DUFLOCQ. Voir : Pneumococcie, Arthrites.
DUJON. Voir : Bartholinites.
DUMONTPALLIER. Voir : Appendicite.
DUPLAY. Voir : Testicule.
DURANTE. Voir : Deciduome, Intestin, Peste.
DURRIEUX. Voir : Voile du palais, Pleurésies.
DUTIL. Voir : Cellule nerveuse.
**Dyspepsies** chez l'enfant (GILLET), 325 ; traitement des — par le massage (HUCHARD), 598.
**Dyspnée** toxialimentaire (PICARD), 683 ; — urémique : traitement par l'éther (LEMOINE), 427.

## E

**Eclampsie.** Pression artérielle dans l'— (VAQUEZ), 92.
**Ectopie.** Voir : Cœur.
**Eczéma.** Contre l'—, 103 ; Traitement de l'— par l'acide picrique (GAUCHER), 350.
**Electrolyse.** Voir : Angiome, Nævi.
**Elongation** de la moelle, 285.
**Embolie** de l'artère mésentérique supérieure, 684.
**Emétique.** Voir : Lichen.
**Emphysème** sous-cutané consécutif à une ponction de pneumothorax, 814.
**Empoisonnement.** Voir : Champignon.
**Empyème** pulsatile guéri par ponction (BECLÈRE), 493.
**Engelures.** Contre les —, 103 ; — et leur traitement (THIBIERGE), 18.
**Endocardite.** (REICHEL), 271 ; — infectieuses à marche lente (GODONNÈCHE), 877.
**Endométrite** traitée par le brome (FLORSHEIM), 811.
**Enfants.** Voir : Obésité, Urine.
**Entérite** mucomembraneuse des — (COMBY), 188.
**Entorse** métatassienne de marche (COUSTAN), 781.
**Epanchement** pleural droit dans les cardiopathies (HUCHARD), 214.
**Epicondylagie.** (FLORSHEIM), 569.
**Epididymite** syphilitique tertiaire, 219.
**Epilepsies** larvées, 11 ; — par chloroanémie (LEMOINE), 41. Traitement de l'— (DEGUY), 246 ; — infantile (THOMAS), 391 ; — diabétique, 488 ; Urines dans l'— (VOISIN), 490 ; Amnésie rétrograde dans l'— (YOT). 809.
**Epistaxis.** Contre les —, 40 ; Traitement des — (GAREL), 265 ; — dans la néphrite interstitielle (LIÉGEOIS), 216.
ERB. Syndrome bulbaire d'— (BRISSAUD), 203.
**Ereuthophobie.** (PITRES), 169.
ERRATUM. 672. 816.
**Erythème.** Voir : Colite.
**Erysipèle.** Voir : Névrite, Aortite.
**Erythrodermies** pityriasiques en plaques disséminées (BROCQ), 561.
**Estomac.** Voir : Hystérie, Ulcère ; Traitement du cancer de l'—, 25 ; Comment on évite les gastropathies médicamenteuses (LIÉGEOIS), 33 ; Diagnostic du cancer de l'— (DEGUY), 36 ; Traitement de l'hyperchlorhydrie (MATHIEU), 81 ; Régime lacté exclusif et dilatation de l'— (HUCHARD) : 147 ; Sarcomes de l'— (SCHLŒSINGER), 169 ; Traitement palliatif du cancer de l'— (BARETTE), 257 ; Perforation spontanée de l'— (LE DENTU), 301 ; Erosions hémorrhagiques de l'— (MATHIEU), 302 ; Dilatation de l'— dans la première enfance (COMBY), 414 ; Administration des acides et des alcalins dans l'acidité du contenu stomacal, 680 ; Ulcère de l'— (CHAPUT), 687 ; Résection de l'— (HARTMANN), 747.
**Essence** de térébenthine dans l'acné, 153.
ETIENNE. Voir : Syphilis.
**Ethers** sulfuriques (DONETTI), 446.
ETHIÉVAND. Voir : Mammaire.
**Eucaïne.** Comme anesthésique (RECLUS), 124.
**Exophtalmos.** Voir : Œil.
**Exostosis** luxurians, 12.
**Explorateur** électrique (COURTADE) 744.
**Explosion** d'une fosse d'aisance (WEHLIN), 265.

## F

**Fauchard.** Maladie de — (MARCHANDÉ), 181.
FAISANS. Voir : Pleurésie.
FÉLIZET. Voir : Occlusion.
**Fémur.** Kystes hydaliques du — (FLORSHEIM), 100. Voir : Ostéotomie.
**Ferments** en thérapeutique (BRICEMORET), 790.
FERNET. Voir : Lymphadémie, Pneumocoques.
FERRAND. Voir : Septicémie, Circonvolutions.
**Fibrine** dans les inflammations des séreuses (CORNIL), 188.
**Fièvre** Gastro-intestinales : Traitement, 24 ; — jaune ; Bacille de la — (SANARELLI), 489 ; — palustres larvées (LEVERAN), 481 ; — rouge, 159 ; — de surmenage, par l'usage de la bicyclette (MATHIEU), 398 ; — typhoïde, traitement (DEGUY), 438 ; Contagion de la — (TROISIER), 836.
**Fièvre typhoïde.** Contagion hospitalière de la — (GUINON), 818.
**Fiessinger.** Voir : Pneumonie.
**Filaments** uréthraux dans l'uréthrite chronique, 285.
FILEHNE. Voir : Pyramidon.
**Fistule** vésico-vaginale, technique opératoire (RICARD), 174 ; — traitée par la cystostomie sus-pubienne (RICARD), 494.
**Fissure** douloureuse (DOUMER)) 701.
FLORSHEIM. Voir : Abcès, Adénite, Ulcère, Os, Fémur, Rotule, Cystite, Hernie, Névromes, Grossesse, Prostatite, Talalgie, Scapulalgie, Appendicite, Acide phénique, Urèthre, Tumeurs, Epycondylalgie, Mort, Prostate, Abdomen, Anus, Endométrite, Hydrocéphalie.
**Foie.** Voir : Cirrhose ; Intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du — (RICARD) 45 ; Epithélium suppuré du — (ROUTIER), 45 ; Dangers de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du — (MICHAUX), 94 ; Réparation des pertes de substance du — par des blocs de fibrine (CORNIL et CARNOT), 428 : Sur un cas intéressant d'abcès du — (PIQUÉ), 625 ; Ablation d'une tumeur du — (TERRIER), 797 ; Abcès du — ouvert par vomique (BERGER), 462.
**Formol,** (LE DENTU)), 481.
**Formulaire** du Praticien, 8, 39, 55, 71, 103, 120, 136, 152, 168, 183, 200, 206, 216, 262, 280, 295, 327, 36 , 375, 392, 408, 664.
**Fosses** nasales. Traitement des épaississements de la cloison des — (COURTADE), 72.
**Fractures** intra-utérine (DOLERIS), 159 ; Traitement des —, 746. V. Humérus.
FRANCK. Voir : Digitale.
FRARIER. Voir : Hydrocèle.
FRIEDLANDER. Pleurésie purulente due au bacille de — (SIRÉDEY), 141. Voir : Bronchopneumonies.
**Frigothérapie.** (CORDES), 701.
**Furonculose,** Traitement de de la —, 56.

## G

**Gaïacol** iodoformé. Voir : Huiles d'olives.
GALLIARD. Voir : Rouet, Poumon, Pneumothorax, Sigmoïdite, Percussion, Colite, Thorax, Emphysème.
**Ganglions.** Extirpation des — du cou, 732.
**Gangrène.** Voir : Pleurésie ; — consécutive à l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères (LEJARS) 460 ; — spontanée de la main (MAGNIN), 834.
GAREL. Voir : Lupus.
GARRAULT. Voir : Surdité.
GASNE. Voir : Incontinence.
GASTOU. Voir : Ulcères. Toux.
**Gastrectomie** (PÉAN), 462.
**Gastrotomie.** (DELAGENIÈRE), 175.
**Gastro-entérites.** (CARRON DE LA CARRIÈRE), 425.
**Gastro-enterostomie** dans les sténoses pyloriques, 714.
GAUCHER. Voir : Eczéma, Sueur.
GAUTHIER. Voir : Thyroïde.
**Gélatine.** (DEGUY), 742. Voir : Hémostase.
GÉRARD-MARCHAND. Voir : Rectum, Coxalgie, Cholecystite.
**Gibbosité.** Traitement de la — (MONOD), 380 ; Redressement de — (CHIRAULT), 528.
GILBERT. Voir : Tétanie, Tuberculose.
GILLES DE LA TOURETTE. Voir : Hémiplégie, Incontinence.
GILLET. Voir : Dyspepsie, Croup, Lait.

Digitized by Google

GINGEOT. Voir : Créosote, Actualités, Bureau Central.
GÉRARD. Voir : Souffle.
**Glaive**. Voir : Variole.
**Glandes salivaires**. Tuberculose des — (O'ZOUX), 122.
**Glaucome**. Indications thérapeutiques du — (ROCHON-DUVIGNEAUD), 226 ; Traitement du — par résection du sympathique (JONNESCO), 687.
GLEY. Voir : Cœur.
GLOVER. Voir : Radiographie.
**Glycogénie**. Valeur diagnostique de la présence du Glycogène dans le sang, 623.
GODONNÈCHE Voir : Endocardite.
**Goître** exophtalmique. Voir : Diarrhée ; Intervention chirurgicale dans le — (DEBOVE), 60 et (LEJARS), 109 ; — (HUCHARD), 114 ; — et thyroidectomie (SCHWARTZ), 157 ; Troubles mentaux dans le —, 271 ; — (RICHE), 282 ; Œdème des membres dans le — (LIÉGEOIS), 502 ; — chez l'enfant, 504 ; Traitement du — (PÉAN), 508 ; Accidents pouvant survenir dans le traitement chirurgical du — 568 ; Danger des opérations dans le — (PONCET), 601 ; Traitement médical du — (DEGUY), 665 ; Traitement chirurgical du —, 714 ; —, Enucléation massive sous-capsulaire des — (SCHWARTZ), 593.
**Gonocoque**) Recherche du — dans l'uréthrite chronique (BERDAL), 284.
GRASSET. Voir : Tabes.
**Greffe** italienne et Greffe de Thiersch (RECLUS), 401, 747,
GRIFFON. Voir : Blennorrhagie.
**Grippe**. Voir : Pleurésie ; — sporadique, 489.
**Grossesse**. Voir : Appendicité ; Autointoxication gravidique, 29 ; Toxicité urinaire dans la — (LABADIE-LAGRAVE) 29 ; — Extrautérine (ROUTIER, 172 ; Diagnostic de la — (FLŒRSHEIM), 299 ; Médicaments qu'il ne faut prescrire dans la — (BOISSARD), 545 ; — extra-utérine (PICQUÉ), 702.
GUIBERT. Voir : Antipyrine.
GUINON. Voir : Sérodiagnostic, Fièvre typhoïde.
GUÉPIN. Voir : Cystite, Prostate.

## H

HALLOPEAU. Voir : Acné, lèpre, toxines.
**Hallux valgus**. Traitement orthopédique de l'— (MERMET), 131, 500.
**Hanche** Luxation de la — compliquée de fracture du fémur (SCHWARTZ), 809.
HARTMANN. Voir : Appendicite, Estomac.
HAYEM. Voir : Adénie, Ictère, Pylore.
HELDENBERGH. Voir : Lumbago.
**Helmenthiase** (SABRAZÈS).
**Hématuries**. Au cours de la grossesse, 171.
**Héméralopie**, 411.
**Hémoglobinurie** quinique des paludéens, 552.
**Hémorrhoïdes**. Traitement des —, 327.
**Hémiplégie**. Mouvement spasmodique du peaucier du cou dans l'— (BABINSKI), 510 ; Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques (GILLES DE LA TOURETTE), 253 ; Flexion de la jambe dans l'hémiplégie (BABINSKY), 509.
**Hémorrhagies** gastro-intestinales chez l'enfant (COSTINESCO), 621 ; — gastro-intestinales du nouveau-né. Traitement (HERMARY) 39.
**Hémorrhoïdaires**. Hygiène des —, 861.
**Hémostase** par la gélatine, 686.
HERMARY. Voir : Hémorrhagies.
**Hernie** péritonéo-vaginale, Cure radicale (SCHWARTZ), 113 ; — péritonéo-funiculaire myoplastie (SCHWARTZ), 242 : — épigastrique, Traitement (FLŒRSHEIM), 267 ; — inguinales ; Cure radicale (LANNELONGUE), 443 ; Cure radicale de la — (LUCAS-CHAMPIONNIERE), 508.
**Herpès**. Traitement de l'—. 408.
HIRTZ. Voir : Ascite, Migraine, Purpura.
HOORWEG. Voir : Hystérie.
HOUZEL. Voir : Rein.
HUCHARD. Voir : Sanatoria, Périviscérites, Cachexie, Bradydiastolie, Cirrhose, Cœur, Paralysies, Théobromine, Neurasthénie, Dyspepsies, Digitale, Urémies, Poumon, Œdème, Palpitations, Appendicite, Asthénie, Epanchement, Chlorose, Tachycardie, Hypertension, Estomac, Goitre, Rein, Actualités, Urémie, Médicaments.
**Huile de foie de morue**. Administration (BRICEMORET), 680.
**Huile d'olive** au gaïacol iodoformé dans la tuberculose (BRETON), 807.
**Huîtres** (BROCCHI), 812.
**Humérus**. Fractures de — (CHAMPIONNIÈRE), 835.
HUTINEL. Voir : Rachitisme.
**Hydarthrose** intermittente et son traitement chirurgical, 27.
**Hydatique**. Voir : Fémur.
**Hydrocèle**. Rupture de la vaginale dans l'— (FRARIER), 43 ; Traitement de l'—, 362.
**Hydrocéphalie**. Traitement (FLŒRSHEIM), 379 ; — héréditaire (MARIE), 334.
**Hydronéphrose** du rein droit (SCHWARTZ), 366.
**Hydropisies**. Voir : Diurétiques.
**Hydropneumothorax** guéri par la thoracentèse (TROISIER), 397.
**Hydrothérapie** hivernale, 185.
**Hygiène** de la bouche, 220.
**Hyperchlorhydrie**. Voir : Estomac.
**Hypertension** artérielle et pulmonaire combinées (HUCHARD), 145.
**Hypophyse**. Influence de l'— sur la nutrition, 440.
**Hyperhydrose** plantaire, Traitement 344.
**Hystérectomie** abdominale (RICHELOT), 398, 815 : — abdominale totale pour abcès du parenchyme utérin (SCHWARTZ), 679 ; — abdominale totale (RÉCLUS), 445 ; (SEGOND), 477 ; (RICARD), 796 ; H—, 494.
**Hystérie**. Voir : Coxalgie, Appendicite, Paralysie pupillaire dans l'accès d'—, 43 ; Anurie hystérique et vomissements fécaloïdes (HOORWEG), 56 ; — en Vendée (TERRIEN), 105 ; Gaz de l'estomac dans l'—, 296 ; — infantile (BÉZY), 494.

## I

**Ichthyose**. Contre l'—, 64.
**Ictère** chronique dans la dyspepsie (HAYEM), 334, — méthémoglobinhémique (HAYEM), 493 ; — chronique.
**Impétigo**. Traitement de l'—, 328.
**Incontinence** d'urine dans la paralysie des névrites périphériques (GILLES DE LA TOURETTE et GASNE), 814.
**Infections**. Traitement des — de l'enfant par l'exposition à l'air (PLICQUE), 621 ; — pulmonaires liées à des lésions du système nerveux (MEUNIER), 329 : — urinaire et — puerpérale (LEGUEU), 353 ; — nocturne d'urine (COURTADE), 347.
**Influenza**. Tremblement consécutif à l'—, 143.
**Inhibition** (YOT), 619.
**Insuffisance** nasale du nez ; — pulmonaire (PASCAULT), 653 ; — tricuspidienne par valvulite rhumatismale (CHAUFFARD), 334.
**Intérêts** professionnels, 688, 704, 719, 752.
**Intestin**. Voir : Occlusion, Occlusion de l'— (ROUTIER), 97 ; Inertie intestinale (DUCLOS) 177 ; Atrésie de l'— (DURANTE et SIRON), 159.
**Iodoforme**. Moyen de prévenir l'intoxication par l'—, 667.
**Iodure de potassium**. Formule pour l'—, 667.
**Invasion** allemande. Une nouvelle, 570.

## J

**Jaborandi**. Préparation de — (BRICEMORET), 647.
JACQUET. Voir : Talalgie, Rhumatisme, Blennorrhagie.
JALAGUIER. Voir : Pneumocoque,
JEANSELME. Voir : Rœntgen, Pigment, Morvan, Lepère, Appendicite.
JONNESCO. Voir : Glaucome.
JOSIAS. Voir : Rougeole.
JOUSSET. Voir : Névralgie.

## K

KELSCH. Voir : Poussière.
**Kératites**. Voir : Œil ; — phlyctenulaire et son traitement (ROCHON-DUVIGNEAUD), 776 ; — parenchymateuses chez l'adulte, 351.
**Kermès** et oxyde blanc d'antimoine (BRICEMORET), 814.
KIRMISSON. Voir : Syme, Panaris, Coxalgie.
KLIPPEL. Voir : Tabes.
KÜHNAU. Voir : Diphtérie.
**Kyste** séreux du canal de Gartner (BLANCHARD), 156 ; — de l'ovaire ouvert dans l'intestin (RICHELOT), 702.

## L

LABADIE-LAGRAVE. Voir : Grossesse.
LABBÉ. Voir : Appendicite.
LABORDE. Voir : Cirrhose.
**Ladrerie** chez l'homme (PETIT), 156 ; — (WEBER), 683
**Lait** stérilisé (BUDIN), 363 ; procès du — (GILLET), 805.
LANCEREAUX Voir : Cirrhose.
LANDRIEUX. Voir : Athétose.
**Langue**. Spasme idiopathique de la —, 148. Voir : Spasmes.
LANNELONGUE. Voir : Hernies.
LANNOIS. Voir : Parotidites, Pulmonaire.
**Laryngite** striduleuse, 247 ; — suffocante varicelleuse, 393.
LASSERRE. Voir : Rhumatisme.
LAVERAN. Voir : Rate, Paludisme, Rougeole, Fièvre, Quinine.
**Leçon** d'ouverture (REYNIER), 369.
LE DENTU. Voir : Bec de lièvre, Lymphangiome, Formol, Parachlorophénol.
LE GENDRE. Voir : Ménopause, Urémies, Appendicite.
**Légion d'honneur**, 128.
LEGUEU, Voir : Infection.
LEJARS. Voir : Abcès, Goitre, Gangrène, Poumon, Rotule, Cholédocotomie, Occlusion.
LEMOINE. Voir : Epilepsie, Scarlatine, Rhume, Albuminurie, Salicylate de méthyle, Diphtérie, Dyspnée, Ataxie.
LE NOIR. Voir : Purpura.
**Lèpre**. Manifestations oculaires de la — (HALLOPEAU), 91 ; — d'origine espagnole (THIBIERGE), 190 ; contagiosité de la —, 191 ; de l'anesthésie dans la — (JEANSELME), 463 ; localisation de la — sur le nez, la gorge et le larynx (JEANSELME), 492 ; — (HALLOPEAU), 638 ; traitement de la — par la sérothérapie, 655.
LERMOYEZ. Voir : Zona.
LEROY DES BARRES. Voir : Charbon.
LESUR Voir : Ankylostomasie.
LETULLE. Voir : Cirrhose, Appendicite, Tuberculose.
**Leucocytémie**. Voir : Adénie.
LÉVI. Voir : Paralysies.
**Lèvres**. Diagnostic des lésions de la commissure des — (RENAULT), 350.

Digitized by Google

LÉVY. Voir : Méningites.
**Lichen** d'Islande. Action anti-émétique de la teinture de — (DEGUY et BRICEMORET), 613.
**Lichen** planus ruber (BROCQ), 209.
LIÉGEOIS. Voir : Goitre, Ammoniacaux Estomac, Diarrhée, Epistaxis, Dower, Diurétiques.
**Little**. Maladie de — (DÉJERINE), 287.
LUBASCH. Voir : Moelle.
LUC. Voir : Sarcome.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Voir : Appendicite, Hernie, Humérus.
**Luette**. Allongement hypertrophique de la — (MENDEL), 233.
**Lumbago** vrai et son traitement (HELDENBERGH), 57.
**Lupus**. Traitement thyroïdien du — vulgaire (METZLAR), 28 ; — primitif des fosses nasales (GAREL), 264.
LUTAUD. Voir : Appendicite.
**Luxations**. Voir : Hanche ; — de la hanche, 205 ; — sus-pubienne (DEMONS), 703.
**Lycetol**, 121.
**Lymphadénie** généralisée (FERNET), 45.
**Lymphangiome** du canal inguinal (LE DENTU), 559 ; — congénital (LE DENTU), 749.
LYONNET. Voir : Sang.

## M

MAGITOT. Voir : Allumettes.
MAGNIN. Voir : Gangrène.
**Mal de Pott**. Manifestations nerveuses précoces du — (SIREDEY). 157; Gibbosité du —, 319 ; Diagnostic du — (DELBET), 657.
**Maladie** de Reichsmann, 332.
**Mammaire**. Lipomes de la région — (ETIÉVANT), 13.
MARCHAND. Voir : Rectum.
MARCHANDÉ. Voir : Fauchard, Adénite, Dentifrice.
MARFAN. Voir : Tubercule, Angine.
MARIE. Voir : Syringomyélie, Typho-Lombricose, Diabète, Réflexe pharyngé.
MASCAREL. Voir : Typhlite.
**Massage** abdominal (CAUTRU), 531. Voir : Dyspepsie.
MATHIEU. Voir : Vomissement, Estomac, Sable intestinal, Fièvre, Cancer, Tuberculose.
**Mastoïde** Trépanation de l'apophyse — (BRAQUEHAYE), 158.
**Mastopexie**. (POUSSON), 430.
MAYGRIER. Voir : Placenta.
**Médecine** comparée (THIERRY), 53.
**Médicaments**. Voir : Cachets, Grossesse ; — qu'il ne faut pas prescrire aux nourrices (BOISSARD), 340; Action dissociée de — (HUCHARD), 883.
MÉNARD. Voir : Coxalgie.
MENDEL. Voir : Luette, Nez, Rhinométrie, Adénoïdites, Toux.
MENDY. Voir : Abdomen.
**Méningites** pneumococciques (LÉVY), 139 ; — tuberculeuse et fièvre typhoïde (CHANTEMESSE), 414.
MERKLEN. Voir : Asystolie, Appendicite.
MERMET. Voir : Hallux valgus.
**Ménopause** et rein (LEGENDRE), 814; voir : Rein.
**Ménorrhagies** chez les petites filles, 171.
**Menthol**. Voir : Vomissements.
MERCIER. Voir : Arthrite.
MÉRIGOT DE TREIGNY. Voir : Abcès, Ulcère.
**Métrites** hémorrhagiques et métrorrhagies (SCHMIDT), 13; Traitement de la — du col, 27.
**Métrorrhagies** dans les maladies du cœur (DALCHÉ), 397, dans les maladies du foie (DALCHÉ) 748 ; — paludéennes, 504.
METZLAR. Voir : Lupus.
MEUNIER. Voir : Infections pulmonaires,
MICHAUX. Voir : Angiocholite, Foie.
**Microphonographe**, 14.
**Migraine**. Comment il faut traiter la — (HIRTZ), 785.
MILLARD. Voir : Pyopneumothorax, Purpura.
MILLON. Voir : Dentition.
**Mitrale**. Insuffisance —, 298.
**Moelle**. Altération de la — dans le cancer (LUBARSCH), 105 : Lésions de la — chez un amputé (BALLET), 493; Hémisection de la — (TUFFIER), 670,
MOIZARD. Voir : Appendicite.
MOLLARD. Voir : Myocardite, Myocarde, Péripleurite.
MOLLE. Voir : Bronchectasie.
MONOD. Voir : Gibbosité, Rectum.
**Monimia** rotundifolia et Boldo, 377.
**Monstre** symélien, (COVILLE), 207.
MOREL-LAVALLÉE. Voir : Œdème, Phtisiques, Pleurésie
MORET. Voir : Révulsifs.
**Morphinomane**. Pigmentation cutanée chez une — (MOUTARD-MARTIN), 364.
**Mort** subite, post-opératoire (FLŒRSHEIM). 543.
**Morvan**. Syndrome de — (JEANSELME), 510.
**Morve**. Humaine. Voir : (WEBER), 745.
MOSSÉ. Voir : Dothiénenterie, Urines.
MOTY. Voir : Urèthre.
MOURE. Voir : Adénoïdites, Sinusites.
MOUTARD-MARTIN. Voir : Cœur, Morphinomane.
**Mycosis** du pharynx, 572.
**Myocarde**. Lésions du — par intoxication diphtérique (MOLLARD et REGAUD), 490 ; Apoplexie myocardique; Causes des affections cardiaques chez les femmes enceintes (WAGNER), 781 ; — diphtérique (MOLLARD), 183; Pathogénie des myocardites (WEBER), 514.
**Myopie**. Traitement chirurgical de la — (PANAS), 14.
**Myoplastie**. Voir : Hernie.
**Myot**, Voir : Sinus maxillaire.
**Myxœdème**. Le sang dans le — (WAGNER), 75 ; Traitement thyroïdien du — (BOURNEVILLE). 75.
**Myxome** du bassin (BERGER). 287.

## N

**Nécrologie**, 224, 512.
NÉLATON. Voir : Anévrysme, Ostéotomie.
**Néphrite**. Voir : Epistaxis.
**Néphrosclérose**. Voir : Tachycardie.
**Nerf optique**. Voir : Atrophie.
NEUMANN. Voir : Base ow.
**Névralgies**. Traitement des — par la résection intra-durale (CHIPAULT), 58 ; — phrénique (JOUSSET), 509.
**Névrites**. Voir : Incontinence ; — interstitielle hypertrophique (DEJERINE), 121 ; — — op ique consécutive à un érysipèle (PANAS), 417.
**Névromes** plexiformes (FLŒRSHEIM), 298 ; — généralisés (PÉAN), 58.
**Nez**. Nécessité d'examiner les fosses nasales (COURTADE), 300 ; troubles dûs à l'insuffisance nasale (MENDEL), 452.
**Nitrobenzine**. Pouvoir toxique de la — 205.
NOCARD. Voir : Tétanos.
**Nœvi**. Traitement des — par l'électrolyse (BROCQ), 782.
**Nouveau-né**. Voir : Hémorrhagies.

## O

**Obésité** chez les enfants, 89 ; traitement médicamenteux de l'—, 120.
**Occlusion** intestinale (BROCA, 415, 734 ; — chez l'enfant (FÉLIZET). 670 ; intervention opératoire sur l'— (LEJARS), 669 . (QUÉNU). 655 ; (PEYROT), 716 (PÉRIER), 430; (REYNIER). 703. Voir : Appendice.
**Oculistique**. Voir : Atropine.
**Œdème** segmentaire (DEBOVE), 687; — aigu du poumon (HUCHARD), 285 ; — pulmonaire et crises vaso-motrices dans le tabes (MOREL-LAVALLÉE), 307 ; — aigu du poumon (RENAUT), 305 ; — papillaire, valeur cérébroscopique (ROCHON-DUVIGNEAUD), 889 ; pulmonaire, 317. Voir : Goitre.
**Œil**. Traitement des kératites interstitielles (ROCHON-DUVIGNEAUD), 101 ; exophtalmie pulsatile (PICQUÉ), 109.
**Œsophage**. Sou dans l'— diagnostiqué par la radiographie, 91.
**Olecrane**. Fractures de l'—, 219.
**Onguents** ophtalmiques. Excipient pour les —, 42.
**Ophtalmie** des nouveaux-nés. 24.
**Opium**. Permanganate de potasse comme antidote de l'—, 616.
**Optique**. Voir : Atrophie.
**Orbite**. Traitement des inflammations de l'— (VALUDE), 330 ; traitement des plaies de l'— (TERSON), 645.
**Orchite** typhoïdique, 525.
**Oreille**. Technique de l'examen de l'— (COURTADE), 155 ; troubles olfactifs dans les maladies de l'— (COLLET), 122 ; examen de l'— (COURTADE), 251.
**Oreillons**. Transmission des — de l'homme au chien (BUSQUET), 655.
OREILLONS. Voir : Busquet.
**Os**. Comment pratique-t-on la greffe osseuse (FLŒRSHEIM), 8.
**Ostéoarthrite**. Voir : Pneumocoque.
**Ostéome** des cavaliers et des fantassins, 619.
**Ostéomyélites** (JEANSELME), 319 ; diagnostic de l'— et de l'ostéo-sarcome (SCHWARTZ), 339.
**Ostéoporose** progressive (DEBOVE), 476.
**Ostéotomie** oblique destinée à corriger les cals vicieux du fémur (NÉLATON), 801.
**Otites** Ouverture de la mastoïde dans les —, 171 ; abcès du cerveau consécutifs à une — moyenne (REYNIER), 61 ; — moyenne aigue traitement (FLŒRSHEIM), 218 ; traitement chirurgical de l'— moyenne, 574.
**Otorrhéiques**. Avenir des — (COURTADE), 526.
**Oxychlorure** d'argent. Voir : Utérus.
**Oxyde** blanc d'antimoine. Voir : Kermès.
**Oxytoxines**. Voir : tuberculose.
OUDIN. Voir : Rœntgen.
**Ovariotomie**. (PÉRIER), 58.
O'ZOUX. Voir : Glandes salivaires.

## P

PAGUE. Voir : Pharyngite.
**Palpitations** et arythmie dans les cardiopathies (HUCHARD). 215 ; traitement des — (HUCHARD), 276.
**Paludisme**. Comment [illegible] d-on le — (LAVERAN) 137. Voir : Hémoglobinurie, Urines, Métrorragie . Traitement du [illegible] larvé, 361.
**Palustres**. Voir : Fièvres.
**Panaris** Traitement des [illegible] (AUBROT), 147 ; — ostéomyélitiques (KIRMISSON) 175
PANAS. Voir : Myopie. Nev[illegible]
**Pancréas** Kystes du —, 412 V[illegible]
**Para hlorophenol** (LE [illegible]) 51[illegible].
**Paraplegie** Voir : In[illegible]
**Paralysie** général[illegible] T[illegible] — (B[illegible]LLET), 378 : — [illegible] (ROUTIER). 193 ; — [illegible] SCHWARTZ 697 [illegible] tra[illegible] L[illegible] VI, 668 ; [illegible] HUCHARD 653
**Parotidite** [illegible] NOIS) 157.
PASCAULT. Voir [illegible]
PÉAN. Voir [illegible] Projectiles.
PEAUCIER. Voir : Hémiplégie.
**Pelade**. Voir : Séborrhée,

Digitized by Google

**Pemphigus** au cours de la convalescence de la rougeole (DU CASTEL), 609.
**Pepsine** en thérapeutique, 664.
**Périty phlite**. Voir : Urée.
**Percussion** amphorique (GALLIARD), 796.
PERIER. Voir : Occlusion
**Peripleurite**. Remarques cliniques sur un cas de — (MOLLARD et BERNAUD), 627.
**Péritonite**. Voir : Pneumocoque ; — purulente (RICHELOT), 191 ; — pneumococcique, 235. Intervention dans les — (PEYROT), 303 ; — tuberculeuse, guérison par une injection de naphtol camphré (DU CAZAL), 334 ; — à pneumocoques (BOUILLY), 835 ; — purulente enkystée (RICHELOT) 702.
**Périviscerites** (HUCHARD et DEGUY), 775.
**Permanganate** de potasse. Voir : Opium ; — comme antidote de l'opium, 351.
**Péronine**, 271.
**Peste**. Traitement par le sérum (ROUX), 73 ; — bubonique (PROUST), 73 ; (COLLIN), 91 ; (DURANTE), 312 ; (ROUX), 461.
PETIT. Voir : Prolapsus, Ladrerie, Anus.
PETIT A. Voir : Cœur, Rein.
PEYROT. Voir : Péritonite, Rotule, Occlusion, Abcès.
**Pharyngite** catarrhale (PAGUE), 186.
**Pharynx**. Voir : Mycosis, Toux.
**Phénomènes** vasculaires d'ordre nerveux (VAQUEZ), 418.
**Phlébites** oitiques du sinus latéral (CHIPAULT), 106 ; — constitutionnelles, traitement, 275.
PHOCAS. Voir : Sacrum.
**Phrénique**. Voir : Névralgie.
**Phtisiques**. Tempérament congestif chez les — (MOREL-LAVALLÉE), 529.
PICARD. Voir : Dyspnée.
PICQUÉ. Voir : Pseudarthrose, Exophtalmos, Foie, Appendice, Grossesse, Abcès.
**Pied**. Conservation du périoste du calcaneum dans la désarticulation du — (OLLIER), 335.
**Pigment** ocre (JEANSELME), 286.
**Pilules** créosotées, 216.
**Pitiriasis** versicolor. Lotions contre le —, 16. Traitement du — (BROCQ), 42.
**Pitiriasiques** Voir : Erythrodermies.
PITRES. Voir : Ereuthophobie.
**Placenta**. Insertion sur un fibrome (MAYGRIER), 111 ; influence des altérations du — sur le développement du fœtus (DÉMELIN), 232.
**Plâtrage** des vins. Voir : Cirrhose.
**Pleurésies**. Voir : Friedlænder ; — fétides (SÉPET), 9 ; — a tétragène (FAISANS), 445 ; — traumatiques (DURRIEUX), 793 ; —, 747 ; — sèche grippale (MOREL-LAVALLÉE), 782 ; — purulente (THOINOT), 783 ; — putride sans gangrène du poumon (WIDAL), 796 ; — putride sans gangrène (ACHARD, 814.
**Plèvre**. Innocuité de l'incision chirurgicale de la — (BAZY), 61.
PLICQUE. Voir : Athétose, Infections.
**Pneumonie**. A propos de la — (SAUCEROTTE), 608 ; digitale dans la — (DEGUY), 549, 565 ; troubles psychiques dans la convalescence de la — (FIESSINGER), 594 ; délire dans la — et son traitement, 633.
**Pneumococcie** (DUFLOCQ), 190.
**Pneumocoque**. Voir : Méningite, Péritonite. — à pneumocoques (JALAGUIER), 286. V. : Synovite. Ostéo-arthrite à — (FERNET), 716.
**Pneumothorax** chez un emphysémateux (GALLIARD), 286 ; — (COMBY), 302 ; traitement du — (BÉCLÈRE), 561. Voir : Emphysème.
**Point** de côté chez les artérioscléreux avec sténose des artères intercostales (WEBER), 65.
POIRIER. Voir : Rotule.
POIX. Voir : Sublimé.
**Polynévrites**. Traitement des —, 589 ; — chez les poules, 713.
**Polyurie** essentielle (WEHLIN), 217.
**Polypes**. Voir : Utérus.
PONCET. Voir : Radiographie, Goitre exophtalmique, Actinomycose.
PORAK. Voir : Cordon.
**Posologie** infantile, 136, 152, 168. 184, 206, 231, 263, 280, 295, 393.
POTHERAT. Voir : Appendicite.
POUCHET. Voir : Champignons. Bactériologie, 800.
**Poumon**. Voir : Œdème, Insuffisance, Pleurésie. Chirurgie du — (TUFFIER), 95, 585 ; (QUENU), 109 ; (LEJARS), 127 ; œdème aigu du — (HUCHARD), 289, 456 ; cancer du —, 727 ; hernie du — (GALLIARD), 445.
**Poussières**. Influence des — sur les affections contagieuses (KELSCH), 655.
**Projectiles** intra-crâniens. Extraction de — (PÉAN), 795.
**Prolapsus**. Traitement du — chez la femme (PETIT).
**Prostate**. Compression digitale de la —, 560 ; (GUÉPIN), 622 ; traitement de l'hypertrophie de la — par la résection des canaux déférents (FLŒRSHEIM), 651.
**Prostatiques**. Traitement des — (BANZET), 307. Voir : Cathétérisme.
**Prostatite** chronique. Traitement de la — (FLŒRSHEIM), 410.
PROUST. Voir : Peste.
**Pseudarthrose** consécutive à une fracture de jambe (PICQUÉ), 30.
**Pseudolipomes** (DALCHÉ), 688.
**Psittacose**. Diagnostic de la — (BLANQUINQUE), 98.
**Psoriasis**, 408.
**Pulmonaire**. Rétrécissement congénital de l'artère — (LAUNOIS), 241.
**Purpura** par intoxication par la benzine (LE NOIR), 716 ; — cachectique (HIRTZ), 430 ; — hémorrhagique rebelle suivi de guérison (MILLARD), 126.
**Pyélites**. Traitement médical des — 409.
**Pyléphlébites** (BARTH), 701.
**Pylore**. Sténoses pyloriques (THOMAS), 139 ; (HAYEM), 748. Voir : Sténose ; sténose du — et dilatation de l'estomac (CHAUFFARD), 464 ; pyopneumothorax (MILLARD), 319.
**Pyramidon** (FILEHNE), 104.

## Q

QUÉNU. Voir : Poumon, Rectum, Occlusion, Cholédocotomie.
QUEYRAT. Voir : Tuberculose.
**Quinine**. Voir : Atropine, Hémoglobinurie. Accidents auxquels peut donner lieu l'emploi des sels de — (LAVERAN), 641.

## R

**Rachitisme**. Traitement du — (CARRON DE LA CARRIÈRE), 266 ; — tardif (HUTINEL), 477 ; Troubles moteurs dans le — (VARIOT), 782.
**Radiographie** (PONCET), 15 ; Topographie crânio-encéphalique par la — (REYNIER et GLOWER), 564.
**Radioscopie** d'un anévrisme de l'aorte (BÉCLÈRE), 109 ; Application de la — au diagnostic médical (BOUCHARD), 66 ; — dans les affections cardio-vasculaires, 122.
**Radius**. Luxation de l'extremité supérieure du radius (SCHWARTZ), 30.
**Rage** intermittente (MAIGNIEN), 58 ; (RENDU), 396, 427, (THIERRY), 692, 710.
**Rate** dans le paludisme (LAVERAN), 123.
**Rayons** Rontgen. Action sur les bactéries (ACHARD), 75.
RECLUS. Voir : Eucaïne, Greffe, Fractures, Hystérectomie, Appendicite.
**Rectum**. Signes prémonitoires du rétrécissement du — (GÉRARD-MARCHAND ; Résection du cancer du — (QUÉNU), 143 ; Récidive du cancer du — (MARCHAND), 446 ; Traitement opératoire du cancer du — (DESPORGES-MÉRIEL), 631 ; Corps étrangers du — (GÉRARD-MARCHAND), 716 ; (MONOD), 734 ; Extirpation du cancer du — (SCHWARTZ), 431 ; (QUÉNU), 898.
**Réflexe** pharyngé dans les lésions de l'hémisphère droit (MARIE), 254.
RENAULT. Voir : Lèvres.
RENAUT. Voir : Œdème.
RENDU. Voir : Appendicite, Roentgen, Cirrhose, Rage, Diabète, Rhumatisme.
**Rein**. Voir : Varicocèle, Ménopause, Tuberculose, Intervention chirurgicale dans la tuberculose du — (TUFFIER), 45 ; Pyelonéphrite infectieuse traitée par les injections salinées (BOVET et HUCHARD, 49 ; Tuberculose rénale (RONTIER), 127 ; — mobile chez l'enfant (COMBY), 351 ; Kystes hydatiques du — (HOUZEL), 366 ; Fibrosarcome du —, 456 ; Menopause et — (PETIT), 636.
REICHEL. Voir : Endocardite.
RENON. Voir : Cirrhose.
**Résorcine**. 88. Voir : Coqueluche.
**Retine**. Traitement du décollement de la — (BOURGON), 351.
**Rétrécissement**. Voir : Pulmonaire.
REVILLIOD. Voir : Urée.
**Révulsifs**. Influence des — sur les globules blancs (MORET), 106.
REYNIER. Voir : Otite, Utérus, Leçon, Radiographie, Topographie, Occlusion.
**Rhumatisme**. Voir : Syndrome, Blennorrhagie, Actéa ; — blennorrhagique, infectieuse (RENDU), 748 ; Traitement du — par le salicylate de méthyle (LASSERRE), 792.
**Rhume**. Traitement du — (LEMOINE), 254.
**Rhinométrie**, (MENDEL), 708.
RICARD. Voir : Fistule. Foie, Hystérectomie.
RICHARDIÈRE. Voir : Urémie.
RICHE. Voir : Goitre.
RICHELOT. Voir : Bronchite, Kyste, Hystérectomie.
ROBIN. Voir : Albuminurie.
ROCHON-DUVIGNEAUD. Voir : Œil, Œdème, Syphilis, Conjonctivite, Kératite.
**Rotule**. Cerclage dans les fractures de la — (FLŒRSHEIM), 103 ; Suture osseuse pour fracture de la — (CHAPUT), 385 ; Fracture de la — (PEYROT), 381 ; (POIRIER), 430 (LÉJARS), 865.
ROTMANN. Voir : Chyle.
**Rouet**. Bruit de — sous-claviculaire (GALLIARD), 350.
ROUGER. Voir : Rougeole
**Rougeole** Voir : Pemphygus, Bactériologie de la — (BARBIER), 94 ; — chez les animaux, 148 ; Contagion de la — (LAVERAN), 335 ; — ecchymotique (ROUGER), 459 ; (BERNARD), 492 ; Traitement de la — (JOSIAS), 342.
**Roentgen**. Application des rayons — au traitement des phlegmasies aiguës (RENDU). 58 ; Imperméabilité des rayons — des organes contenant du pigment ocre (JEANSELME), 108 ; Application des rayons — au diagnostic des affections thoraciques (BÉCLÈRE), 429 ; Application des rayons — de diagnostic de la goutte et du rhumatisme (OUDIN), 464.
ROUTIER. Voir : Foie, Grossesse ; Rein Intestin, Appendicite, Paralysie.
ROUX. Voir : Peste.
RUMPF. Voir : Cardiopathies.

## S

**Sable** intestinal (MATHIEU), 255.
SABOURAUD. Voir : Seborrhée.
SABRAZES. Voir : Dothiénentérie.
**Sacrococoxalgie**. (CLAISSE), 84.
**Sacrum**. Tumeurs sacrococcygiennes (PHOCAS), 15.
**Salicylate de méthyle**. Voir : Rhumatisme.
SANARELLI. Voir : Fièvre jaune.

Digitized by Google

**Sanatoria.** Station d'hiver et d'altitude; station hydrominérales (HUCHARD), 801.
**Sarcome** du sinus frontal ayant pénétré dans l'orbite (LUC), 156; — du larynx, 251; — ganglionnaire primitif (BERGER), 446.
**Sang.** Voir : Glycogène ; Lavages du — dans une infection à streptocoques (DALCHÉ), 44; Modifications du — après la splenectomie (VAQUEZ), 111. Richesse du — en sucre (LYONNET), 282.
SAUCEROTTE. Voir : Pneumonie.
**Sauge.** Comme agent antisudoral (DEGUY), 296
**Scapulalgie.** Diagnostic de la — (FLŒRSHEIM), 443.
**Scarlatine** localisée à la face (LEMOINE), 94; — à l'hôpital Trousseau (COMBY), 142.
SCHLŒSINGER. Voir : Estomac.
SCHMIDT. Voir : Métrite.
SCHOULL. Voir : Créosote, Tuberculose.
SCHWARTZ. Voir : Radius, Hernie, Goitre, Hydronéphrose, Angiome, Rectum, Ostéomyélite, Hystérectomie, Urétérocystonéostomie, Paralysies, Hanche.
SEBILEAU. Voir : Utérus.
**Séborrée** et pelade (SABOURAUD), 201.
SÉE. Voir : Valvules.
SEGOND. Voir : Hystérectomie, Décubitus.
**Sérodiagnostic.** (GUINON et MEUNIER), 239; (ACHARD), 253.
SEPET. Voir : Pleurésies.
**Septicémie** grave avec bacille d'Eberth et agglutination (FERRAND), 74.
**Sérum.** Voir : Tétanos ; — contre la fièvre typhoïde, la scarlatine, la pneumonie, 527.
**Sérumthérapie** Voir : Tuberculose.
SEVESTRE. Voir : Diphtérie, Trachée.
**Sinusites.** Traitement des — (MOURE), 542.
**Sinus maxillaire.** Corps étrangers dans le — (MYOT), 394.
SIROL. Voir : Spasmes.
SIREDEY. Voir : Friedlander, Mal de Pott, Appendicite.
SIRON. Voir : Intestin.
**Société de biologie,** 110, 127.
**Société de chirurgie.** 15, 29, 45, 61, 75, 94, 109, 127, 157, 174, 191, 207, 224, 239, 254, 270, 302, 319, 335, 365, 381, 398, 415, 480, 445, 495, 655, 702, 716, 749, 788, 796, 815.
**Société médicale des hôpitaux** 29, 44, 58, 74, 92, 107, 124, 141, 156, 172, 188, 206, 222, 238, 253, 285, 301, 318, 334, 350, 363, 380, 397, 413, 428, 445, 468, 477, 491, 509, 608, 687, 701, 715, 733, 748, 782, 796, 818, 835.
**Société obstétricale.** 30, 111, 159, 207, 287, 367, 416, 734.
**Solanées;** alcaloïdes des — (POUCHET), 278.
**Souffle** intermittent crural (GIRARD), 536.
**Spasmes** idiopathiques de la langue (SIROL), 650.
**Stations** hydrominérales. Voir : Sanatoria.
**Sténoses.** Voir : Gastro entérostomie — pylorique (CHAUFFARD), 701.
**Stomatite** aphteuse, 428.
**Sublimé** Intoxication par le — (POIX), 477.
**Sueurs.** Troubles fonctionnels de la sécrétion sudorale (GAUCHER), 674.
**Sulfate** de quinine. Empoisonnement par le — (GUINON), 126.
**Surdité.** Traitement chirurgical de la — (GARNAULT), 15.
**Suisse** française de l'Avallonnais, 496.
**Syphilides.** Pseudo — pigmentaires chez les tuberculeux, 175.
**Syphilis** et paralysie infantile (THIBIERGE), 94.
**Syphilis** et anévrismes (ETIENNE), 138; — cérébrale (ROCHON-DUVIGNEAUD), 389. Voir : Cœur.
**Syphilome** diffus de la verge, 703.
**Syme.** Amputation du pied par la méthode de — (DELORME), 236; désarticulation du pied par le procédé de — (KIRMISON), 224.
**Syndrome** rhumatismale (BASON), 730.
**Synovite** à pneumocoques (WIDAL), 397.
**Syringomyélie.** Thorax en bateau dans la — (MARIE), 142; travaux sur la — 507.

## T

**Tabes.** Voir : Œdème, Troubles du goût et de l'odorat dans le — (KLIPPEL), 248; Traitement du — (GRASSET), 556.
**Talalgie** blennorrhagique (JACQUET), 173; (FLŒRSHEIM), 393.
TALAMON. Voir : Appendicite.
**Tachycardie** dans la néphro-sclérose (HUCHARD), 145.
**Tannigène.** Le — dans les diarrhées infantiles, 56.
TARNIER, 783, 797.
**Tarsoptose** et tarsalgie (BLOCH), 141.
**Tétanie** hépatique (GILBERT), 110.
**Tétanos.** Action du sérum antitétanique chez les animaux (NOCARD), 490; Sérothérapie du — (WEHLIN), 473; — chez la femme enceinte ou récemment accouchée (DEMELIN), 682.
TERRIER. Voir : Foie.
TERSON, Voir : Glaucome, Chalazion, Atrophie, Orbite.
TERRIEN. Voir : Hystérie.
TERRIEN F. Voir : Atropine.
**Testicule** tuberculeux. Traitement (DUPLAY), 769.
**Tetragène.** Voir : Pleurésie.
**Théobromine.** Accidents toxiques provoqués par la — (HUCHARD), 682.
THIBIERGE. Voir : Lèpre, Syphilis, Syphilides, Engelures.
THIERRY. Voir : Médecine comparée, Tuberculose, Rage, Cheval.
THOIZON. Voir : Pleurésie.
THOMAS, Voir : Pylore, Epilepsie.
**Thomsen.** Maladie de — (WEBER), 604.
**Thrombose.** Voir : Cachexie.
**Thoinot.** Voir : Aorte, Aortite.
**Thorax.** Zone sonore inféro-dorsale à gauche du — (GALLIARD), 44.
**Thyroïde.** Voir : Lupus; La médication thyroïdienne dans les fractures (GAUTHIER), 675.
**Tibia.** Ostéosarcome du — (VERCHÈRE), 865.
TISSIER. Voir : Utérus.
**Tœnia.** Un nouveau — (BLANCHARD), 48.
**Topographie.** Voir : Radiographie. — crânio-encéphalique par la radiographie (REYNIER) 527.
**Toux** spasmodique émétisante des jeunes enfants (GASTOU), 41: pharyngée (MENDEL), 818.
**Toxines.** Défense gastro-intestinale vis-à-vis des — (CHARRIN). 507; — en dermatologie (HALLOPEAU), 558.
**Trachée.** Corps étranger de la — enlevé par le tubage (SEVESTRE), 715.
**Traumatisme.** Voir : Pleurésie.
**Tranchées utérines,** 560.
**Tremblement** Voir : Influenza.
TRIPOT. Voir : Broncho-pneumonies.
TROISIER. Voir : Hydropneumothorax, Canal thoracique, Fièvre typhoïde.
TRONCHET. Voir : Vue.
TROUSSEAU. Voir : Chalazion.
**Tubage.** Voir : Trachée,
**Tubercule** de la moelle (MARFAN), 190.
**Tuberculeux.** Traitement des — (WEBER), 368
**Tuberculose.** Voir : Adénites -, Solution contre la —, 217; — pulmonaire, Formules, 231; Fréquence de la — dans les grandes paralysies infantiles (GILBERT), 249; — osseuse, 268; Traitement de la — par les oxytoxines, 618; Saisie des viandes provenant d'animaux tuberculeux (THIERRY), 179; — pulmonaire floride (QUEYRAT), 477; — du péricarde et du cœur (MATHIEU), 564; — pulmonaire (SCHOULL), 360; — rénale (CARRON DE LA CARRIÈRE), 712; Cure marine de la —, 746; — chirurgicale, Sérumthérapie, 792; Voir : Testicule, Huile d'olives, Créosote.
**Tuberculine.** Recherches sur la — (LETULLE) 733.
TUFFIER. Voir ; Rein, Poumon, Moelle.
**Tumeurs** crâniennes. Traitement opératoire (FLŒRSHEIM), 687: Voir : Foie.
**Typhlite.** Traitement médical de la — (MASCAREL), 605.
**Typhoïde.** Voir : Orchite.
**Typho-lombricose** (MARIE), 705.

## U

**Ulcérations.** Voir : Cancer.
**Ulcères.** Voir : Cancer, Estomac; — phlébitiques non variqueux (GASTOU), 143; — rond (WIDAL), 189; — de jambe, 428; — simples de l'intestin (COMBES), 458; — gastriques, traitement par le repos absolu de l'estomac (MÉRIGOT DE TREIGNY), 517: intervention chirurgicale dans l'— de l'estomac (FLŒRSHEIM), 781.
**Urée** en thérapeutique, 219, 360; diagnostic et pronostic fournis par l'— dans la péritypblite (REVILLIOD), 253.
**Urémie** (LE GENDRE), 434; (HUCHARD), 449; lavages du sang dans l'— (RICHARDIÈRE), 26; Embarras gastrique urémique (HUCHARD), 838.
**Urétérocystonéostomie** pour section de l'uretère (SCHWARTZ), 700.
**Urèthre.** Indication de la dilatation de l'— et de l'uréthrotomie interne (BANZET), 812; — supplémentaire périnéal (MOTY), 148; ruptures uréthrales et leur traitement (FLŒRSHEIM), 618.
**Urétrites** non gonocoques, 685; — dues au bactérium coli, 648.
**Urine.** Voir : Incontinence. Excrétion urinaire dans les accès palustres (MOSSÉ), 636; — de l'enfant (CARRON DE LA CARRIÈRE et MONFET), 476. Voir : Epilepsie.
**Urologie.**, 751, 736; association française d'—, 718.
**Utérus.** Voir : Hystérectomie. Traitement des polypes de l'— (SÉBILEAU), 42; rupture de l'— (TISSIER), 111; traitement des infections de l'— (REYNIER), 270; traitement des affections de l'— par l'oxychlorure d'argent (BOISSEAU DU ROCHER), 653.

## V

**Vaginale.** Voir : Hydrocèle.
VALLIN. Voir : Allumettes.
**Valude.** Voir : Orbite.
**Valvules** auriculo-ventriculaires, Fonctionnement (M. SÉE), 465, 484.
VAQUEZ. Voir : Myxœdème, Eclampsie, Sang, Phénomènes, Myocarde.
**Varicelle.** Traitement de la — 71. Voir : Laryngite.
**Varicocèle.** Valeur du — dans les tumeurs du rein, 731.
**Variétés.** 159, 176, 112, 639.
**Varioles.** Frustes (GLAIVE), 729.
VARIOT. Voir : Diphtérie, Rachitisme.
VEILLON. Voir : Anoérabie.
**Venin** des mouches à miel, 203.
**Venise.** Conférence sanitaire de —, 238.
VERCHÈRE. Voir : Tibia.
**Verge.** Voir : Chancre, Syphilome.
**Vertébrale.** Incurvation forcée de la colonne —, 301.
**Vésicule.** Dilatation de la — dans les calculs du chalédoque.
**Viandes** empoisonnées. Bactériologie des —. 140.

Digitized by Google

**Voies** biliaires. Cancer primitif des — (CLAISSE), 733.
**Voile** du Palais. Tumeurs mixtes du — (DURRIEUX), 569.
VOISIN. Voir : Epilepsie.
**Vomissements** des femmes enceintes, 743; Traitement des — de la grossesse par l'eau oxygénée, 187 ; Traitement des — de la femme enceinte (DEMELIN), 90; Traitement des — par le menthol (MATHIEU).
**Vue**. Hallucinations de la — d'origine toxi-alimentaire (TRONCHET), 520.

**W**

WEBER. Voir : Point de côté, Thomsen, Cirrhose, Tuberculeux, Myocardites, Ladrerie.
WEHLIN Voir : Polyurie, Explosion, Tétanos,
WIDAL. Voir : Ulcère, Synovites, Pleurésie putride.

**Y**

YOT. Voir : Alcoolisme, Inhibition. Epilepsie.

**Z**

**Zona** double bucco-pharyngé (LERMOYEZ), 125.
ZUBER. Voir : Anœrobies.

# TABLE SUPPLÉMENTAIRE

La pagination est en chiffres romains

**Académie**. Prix de l'— de médecine, CCCCII et CCCCX.
**Adjuvat**. Concours de l'—, CLXXIV et CCCVI.
**Association**. Réunion de l'— des médecins de la Seine, CXXX.
**Beurre**. Digestibilité du — (GAUTRELET), VI.
**Bicyclette**. La selle de —, CCX.
**Bienfaisance**. Les médecins du bureau de — LXLIV.
CAMESCASSE. Voir : Affaire Laporte.
**Certificats**. — sur papier libre, XXXI.
**Chirurgie**. Résultats du concours de — CLXXIV et CCLII.
**Clinicat**. Personnel du —, prosectorat, adjuvat CCCVI.
**Cliniques**. Les — libres, LXXIX.
**Collèges**. Projet de création de — médicaux, CXIV.
**Dentifrices**. Eaux — (PÉRIER), CCCLXL.
**Déontologie** médicale ; syphilis et tuberculose, CXI.
DUCHENNE. Inauguration du monument de —, de Boulogne, CCXIV.
**Externat**. Concours de l'—, CCCCXIV.
**Faculté** de médecine de Paris. Inscriptions, etc., CCCXXII ; cours de la —, CCCXXXVIII.
**Fisc**. Les projets du — et le médecin, LXXIX.
**Formalin**. Dangers de l'emploi du — pour la conservation des substances alimentaires, CCCLXXXII.
**Formochlorol**. Désinfection des vêtements et objets de literie au moyen du vide et du —, CCCLXXVIII.
GRISOLLE. Comité pour l'érection d'un monument à —, CLXL.
GUYON. Jubilé du professeur —, CCXIV.
GAUTRELET. Voir : Beurre.
**Hôpitaux**. Service médical des — de Paris, XLII et L.
**Hygiène**. Comité consultatif d'— publique en CCLVIII et CCLXVI.
**Internat**. Concours de l'—, XXXI.
**Jurisprudence**. Questions de — médicale, CXXXIV, CCXLVI, CCCX, CCCXVIII, CCCLXL.
LAPORTE. L'affaire —, CCCXIV, CCCXLVI, CCCLIV, CCCLXII, CCCXXX, CCCLXX.
LARREY. Erection d'un monument à —, CXLII.
**Marine**. Ecole du service de santé de la —, CCCXIV.
MALAUNAY. L'affaire de —, XXXIV.
**Médecine**. Concours de — des hôpitaux, CCXXXVIII.
**Militaires**. Les dispensés —, CLIV ; Ecole de santé —, CCCXIV.
**Congrès** de Moscou, CCLVIII et pages suivantes.
**Ordonnances**. Le renouvellement des —, CCXLVI.
PÉRIER. Voir : Dentifrices.
**Politique**. Les médecins et la —, CLXX.
**Prosectorat**. Voir : Clinicat.
**Pharmacie**. Nouveau projet de loi sur l'exercice de la —, VI.
**Régime**. Les tables de — dans les villes d'eaux, CLXLVIII.
RÉMOND. L'affaire du Dr —, CCCLXXIV.
**Sanitaires**. Les médecins —, LXX ; conférence internationale sur les services —, LXLIV et CCXLII.
**Syndicats**. Comité mixte permanent des — médicaux de France, CLXII.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 04362 2797

Digitized by Google

Digitized by Google